Н.М. Жариков, Д.Ф. Хритинин, М.А. Лебедев

СПРАВОЧНИК ПО ПСИХИАТРИИ

МИА
Медицинское информационное агентство
Москва
2014

УДК 616.89
ББК 56.14
Ж34

Авторы:
Н.М. Жариков, член-корреспондент РАМН, профессор
Д.Ф. Хритинин, член-корреспондент РАМН, профессор
М.А. Лебедев, кандидат медицинских наук

Рецензенты:

Семке В.Я. — директор ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, академик РАМН, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор.

Сергеев И.И. — заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, профессор.

Жариков Н.М., Хритинин Д.Ф., Лебедев М.А.

Ж34 Справочник по психиатрии / Н.М. Жариков, Д.Ф. Хритинин, М.А. Лебедев. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. — 440 с.

ISBN 978-5-9986-0182-8

В справочнике рассмотрены теоретические и практические вопросы психиатрии: исторические, концептуальные, организационные, экспертные аспекты, принципы диагностики, терапии, реабилитации больных с психическими расстройствами различного генезиса.

Справочник предназначен психиатрам, наркологам, аспирантам, клиническим ординаторам, студентам медицинских вузов.

УДК 616.89
ББК 56.14

ISBN 978-5-9986-0182-8

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Последовательное динамическое развитие психиатрической науки, введение в практику новой классификации психических заболеваний, создание новых диагностических методик, постоянное увеличение перечня новых лекарственных препаратов обусловливает настоятельную необходимость разработки справочной литературы.

Данный справочник построен с учетом требований последней международной классификации психических расстройств (МКБ-10), где указаны общепринятые, в том числе в России, критерии диагностики психических заболеваний. Вместе с этим приводится и классификация, предложенная Центром психического здоровья РАМН (А.В. Снежневский и А.С. Тиганов). В некоторых странах для характеристики психических расстройств применяются как критерии МКБ, так и национальной классификации. В справочнике в полном объеме дано описание общей психопатологии.

В клинике практически всех заболеваний могут встречаться психические расстройства разной степени выраженности. Известно также, что различные психические и психологически негативные факторы, воздействие стресса могут влиять на возникновение болезни, темп и течение разных соматических расстройств. Вместе с тем психогенные факторы могут формировать

соматовегетативные расстройства, определяемые в настоящее время как соматоформные. Справочник включает описания психических расстройств в виде синдромов, позволяющих унифицировать оценку психопатологических проявлений. Помимо этого рассматриваются выделенные в последнее время предболезненные состояния, возникающие до формирования определенных клинических синдромов, что имеет значение для прогноза и проведения первичной профилактики. Опираясь на МКБ-10, в справочнике приведены признаки психических расстройств, включенных в данную классификацию, и их фармакотерапия. Значительное внимание уделено вопросам экспертизы психически больных, поскольку в последние годы критерии экспертных оценок претерпели серьезные изменения. Включены разделы, посвященные проведению трудовой, судебно-психиатрической экспертизы, в том числе больных, совершивших общественно опасные действия, а также особенности экспертизы с использованием положений Гражданского и Семейного кодексов Российской Федерации.

1 ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

1.1. ОБЩЕТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

На протяжении всей истории медицины психиатрия занимала и занимает исключительно важное положение. Уже в работах основоположника медицинской науки Гиппократа содержатся клинические описания различных психических расстройств и предлагаются методы лечения больных.

По мере общенаучного прогресса в психиатрии формировались отдельные направления, школы, использовавшие для своих теоретических позиций клинические наблюдения, результаты специальных научных исследований как в области психиатрии, так и других дисциплин.

Клиническое направление. Наиболее представительным направлением в психиатрии является клиническое. Начало этого подхода в психиатрии связывают с реформой французского психиатра Ф. Пинеля (1793), который, по образному выражению отечественного психиатра Н.Н. Баженова, «ввел сумасшедшего в ранг больного». На основе клинических наблюдений строились гипотезы о природе психических расстройств, разрабатывалась их систематика. Многие из этих гипотез и систематик имели ограниченное применение и лишь отдельные из них оказывали заметное влияние на развитие психиатрии. Среди них кон-

цепция единого психоза — без выделения отдельных болезней (Нойман Н., Гуллер Е., 1838), концепция вырождения — дегенерации, согласно которой психические болезни, возникая под действием наследственных и внешних факторов, имеют особые стадии развития — от легких нарушений в первых поколениях до тяжелых расстройств и слабоумия в последующих (Морель Е., 1838). Предпринимались попытки выделения психических заболеваний по принципу соматических болезней. Французским психиатром А. Бейлем (1822) был выделен *прогрессивный паралич*. Это явилось важным событием в психиатрии, подтвердившим ее единство с другими медицинскими специальностями. Следующим важным событием в клинической психиатрии оказалось выделение С.С. Корсаковым (1887) полиневритического алкогольного психоза, названного позже *корсаковским психозом*.

Описание нового заболевания с учетом этиологического фактора и особенностей клиники подтвердило методологическую общность психиатрии с другими медицинскими специальностями и перспективность клинического направления. П.П. Малиновский в книге «Помешательство как оно является врачу в практике» (1843) писал, что психические расстройства возникают в результате прямого или опосредованного поражения мозга. Специально проводилось изучение соматического состояния психически больных. Получили мировую известность и психопатологические исследования о псевдогаллюцинациях В.Х. Кандинского (1890). Наиболее полно попытки объяснения природы психических расстройств представлены в трудах С.С. Корсакова — основоположника московской школы психиатров. Он подчеркивал, что нервный механизм, составляющий субстрат психической деятельности, представляет собой сложный рефлекторный акт. С.С. Корсаков особое внимание уделял изучению течения заболевания. Им были выделены как отдельные периоды, так и формы течения психических болезней. С его именем связано создание *динамической психиатрии*, или *психиатрии течения*. При систематике психических болезней С.С. Корсаков делал акцент на описании начальных проявлений болезни, стадийности ее развития.

Важным в теоретическом и практическом отношении этапом развития клинической психиатрии стало создание нозологиче-

ской классификации психических расстройств, предложенной немецким психиатром Э. Крепелином. Он выделил первоначально как самостоятельное заболевание *dementia praecox* (раннее слабоумие), названное позже *шизофренией* (Блейлер Э., 1911).

Одним из существенных принципов систематики Э. Крепелина было выделение исхода заболевания. Эта идея нашла отражение в названии заболевания — *dementia praecox*, где делается акцент на неблагоприятный исход этой болезни. Введение нозологического принципа в психиатрию утверждало ее как медицинскую принадлежность. Вместе с тем нозологическая классификация психических расстройств не везде получила признание. В США А. Мейер (1957) полагал, что психические расстройства — это реакция личности на те или иные внешние факторы. Эти реакции определяются индивидуально, психобиологическими особенностями личности и характером тех или иных вредностей. Данное направление получило название *психобиологического*. Психобиологическое направление трансформировалось в последующем в психодинамическую психиатрию, имеющую методологическую общность с фрейдизмом. В отдельных странах нозологическая систематика Э. Крепелина была принята частично; в классификациях психических заболеваний были представлены традиционные синдромологические определения некоторых психических расстройств. В дальнейшем клиническая психиатрия обогащалась новыми фактами и наблюдениями. Особое внимание уделялось описанию и отличию различных симптомов и синдромов психических болезней, устанавливались общие (общепсихопатологические) закономерности в динамике психических расстройств. В.П. Осиповым (1931) было много сделано для разработки общей психопатологии и клиники психических заболеваний. П.Б. Ганнушкин (1933) обстоятельно описал различные варианты психопатии и особенности их динамики. Им были сформулированы четкие критерии оценки психопатий, определивших их особое место среди других психических расстройств. Позже проблемы пограничной психиатрии получили свое развитие в трудах О.В. Кербикова и его учеников. О.В. Кербиковым была показана роль внешних факторов (в частности, особенностей воспитания ребенка, подростка) в формировании психопатического развития личности (краевые

психопатии). На основе обобщения и анализа опыта Гражданской и особенно Великой Отечественной войн были даны обстоятельные клинические описания различных форм экзогенных психозов (В.А. Горовой-Шалтан, В.П. Осипов, С.Н. Давиденков, Н.Н. Тимофеев и др.). Было показано отсутствие четкой границы между психопатологическими проявлениями, свойственными экзогенным и эндогенным психозам. При хронически текущих соматических, инфекционных заболеваниях отмечено появление аффективных и бредовых психопатологических проявлений, свойственных таким заболеваниям, как маниакально-депрессивный психоз и шизофрения. Специальные исследования психического состояния соматических больных привели к созданию в психиатрии направления, получившего название *соматопсихиатрии* (Гиляровский В.А., 1938). Разработаны особенности клиники и прогноза психических заболеваний, возникающих в детском возрасте, тем самым положено начало новой отрасли общей психиатрии — *детской психиатрии* (Симсон Т.П., 1948; Сухарева Г.Е., 1974).

Клинические исследования применялись в сочетании с другими методологическими подходами, что позволяло создать новые перспективные направления в изучении психической патологии. Особое место занимают исследования Е.А. Попова по применению некоторых нейротропных средств с целью оценки их влияния на психопатологические проявления у больных. Эти исследования положили начало использованию психотропных средств как важному инструменту анализа клиники психических заболеваний. О.В. Кербиков (1968) предпринял попытку математического моделирования (на уровне синдромов) структуры различных психических заболеваний.

Отечественными психиатрами проблемы клинической психиатрии разрабатываются на основе нозологического принципа, утверждающего наличие в психиатрии отдельных, самостоятельных заболеваний, как это имеет место и в других медицинских дисциплинах. В современной психиатрии получила дальнейшее развитие идея о динамике болезни (Снежневский А.В. и соавт., 1972), выдвинутая основоположником отечественной психиатрии С.С. Корсаковым. Динамический подход в изучении психических заболеваний позволил описать широкий спектр синдро-

мов, выявленных в процессе развития психических заболеваний. На основе этого были составлены глоссарии синдромов с подробным описанием их симптоматики.

Наряду с интенсивными исследованиями клинического и патопсихологического профиля в психиатрии предпринимались постоянные попытки найти конкретные изменения в головном мозге, организме больных, характерные для психических расстройств. Это направление получило название *биологической психиатрии*.

Биологическое направление. Стремление объяснить психические расстройства особыми функциональными состояниями головного мозга можно найти в трудах философов и врачей глубокой древности. Однако специальные описания состояния нервной системы при нормальной психической деятельности и психических расстройствах, а также рекомендации по их лечению впервые встречаются в трудах Галена (II в. н.э.). В иерархии различных систем организма человека ведущую роль он отводил нервной системе. Такие заболевания, как мания и сумасшествие, Гален объяснял необычным возбуждением мозга и соответственно этому предлагал лечебные рекомендации.

Определенный интерес для психиатрии представили работы английского нейрофизиолога Дж. Джексона (1931). Он развивал концепцию об особенностях структурно-функциональных отношений в центральной нервной системе (ЦНС). Дж. Джексон отмечал, что развитие ЦНС характеризуется усложнением структуры и функций более высоких новых организованных структур и их контролем над более старыми мозговыми структурами. При поражении ЦНС прежде всего страдают наиболее высокоорганизованные, молодые структуры и высвобождаются из-под их контроля более старые структуры. Дж. Джексон выделил позитивные и негативные симптомы помешательства. *Негативными* он считал симптомы, указывающие на распад структуры и выпадение той или иной ее функции, *позитивными* — активность сохранившихся нейрофункциональных уровней. Сюда были отнесены иллюзии, бред, нарушения поведения и некоторые эмоциональные состояния. Дж. Джексон употреблял как синонимы понятия *диссолюции* и *автоматизации функций*. В связи с этим он отмечал, что при помешательстве всегда имеет место усиле-

ние субъективности сознания. Вместе с тем, согласно концепции Дж. Джексона, физические и психические процессы протекают параллельно и остаются полностью изолированными друг от друга. Его идея о негативных и позитивных, или продуктивных, психических расстройствах, а также уровнях поражения психики нашла применение и развитие в клинической психиатрии.

Важнейшим этапом в развитии нейрофизиологии явилось учение о рефлексах, заслуга открытия которого принадлежит отечественной физиологии. Теория нервизма, разработанная И.М. Сеченовым, обосновала значение нервной регуляции соматических процессов, позволила прийти к целостному пониманию работы организма. И.П. Павлов создал стройное, экспериментально обоснованное учение об условных рефлексах головного мозга. Им было показано, что механизм условного рефлекса лежит в основе отдельных функциональных проявлений организма животных и сложных форм их поведения.

Другим довольно распространенным подходом в психиатрии, особенно в конце XIX и в первой половине XX столетия, стал психоморфологический. Начиналось это направление с френологии венского врача Ф. Галля (1885), связывавшего психические качества и особенности людей со структурой и формой черепа. Среди наиболее видных представителей психоморфологического направления следует выделить Т. Мейнерта и К. Клейста. Т. Мейнерт считал, что через знание нейроанатомии психиатрия придет к пониманию симптомов и сущности психических болезней. При этом ведущее значение в патогенезе психических расстройств он придавал поражению лобных долей головного мозга и их связей. К. Клейст (1934) предложил классификацию синдромов психических расстройств исходя из локализации поражения ЦНС. Им были описаны симптомокомплексы с учетом поражения коры и ствола головного мозга. Изучение нейроанатомических изменений при психических заболеваниях отражало стремление психиатров и других специалистов найти материальный субстрат психических заболеваний. Этому аспекту исследований уделяли внимание многие ведущие психиатры разных стран. Результаты патологоанатомического изучения психических заболеваний при органическом поражении головного мозга позволили лучше понять их природу и прогноз.

В основе патологоанатомической диагностики психических болезней лежат определение и оценка изменений патоморфологической картины головного мозга, в том числе и оценка отдельных элементов нервной ткани — нейронов, нервных волокон, глии, сосудов, оболочек. Исследуя нервные клетки, обращают внимание на их форму, размеры, взаиморасположение, состояние ядра, изменения цитоплазмы, нисслевского вещества, нейрофибрилл. В классификации основных форм патологических изменений нейронов выделяют следующие: «первичное раздражение», сморщивание — «хроническое заболевание», отечное состояние, ишемические изменения, острое набухание — «острое заболевание» (по Ниссли), патологическое отложение липоидных веществ, простую атрофию, кальцинацию, кариоцитолиз. Демиелинизация — изменение отростков нервных клеток. При оценке изменений глии учитывают состояние всех ее видов, характер патологического процесса.

Специфика комплекса морфологических изменений с указанием этиологического фактора и патогенеза нарушений формирует понятия *энцефалопатия* и *энцефалит*. Выделяют энцефалопатии диспластические (уродства развития мозга), дисциркуляторные, некробиотические и некротические, геморрагические, травматические, а также другие деструктивные, энцефалопатии вследствие внедрения инородных тел и инвазии паразитов, регенеративно-пролиферативные, дистрофические. Наибольшее практическое значение в диагностике психических заболеваний имеют дистрофические энцефалопатии, которые подразделяются на аноксические, алиментарно-дистрофические, токсические (при различных отравлениях), токсико-аноксические (типичные для эндогенных психозов с аутоинтоксикацией), инволюционно-дистрофические (при старческом слабоумии и др.). Энцефалиты — общее понятие для большой группы заболеваний, в основе которых лежат воспалительные гистопатологические синдромы. Выделяют специфические и неспецифические энцефалиты. По тиологии они разделяются на вирусные, бактериальные и паразитарные; по патогенезу и важнейшим патологоанатомическим проявлениям — на демиелинизирующие и другие виды энцефалитов. Следует отметить, что оценка соотношений органических изменений в головном мозге и характера психиче-

ских расстройств, наблюдаемых у больных, до сих пор вызывает дисскусии среди психиатров.

С введением нозологического подхода в психиатрии усилился интерес к изучению особенностей обменных процессов у психически больных.

Мысли о значении гуморальной среды организма для психического состояния человека высказывались еще Гиппократом. Дальнейшее развитие психиатрии и нозологический подход к проявлениям психических болезней создали предпосылки для научного объяснения особенностей биологических процессов в организме психически больных. Так, С.С. Корсаков связывал психические заболевания с материальными изменениями в головном мозге (в частности, биохимическими) и использовал идею рефлекса И.М. Сеченова для объяснения их патогенеза. Э. Крепелин отводил ведущую роль нарушениям биологических процессов в развитии раннего слабоумия. Большой вклад в изучение обменных нарушений при этом заболевании внесли А.И. Ющенко, В.П. Протопопов и др.

В связи со значительными научными достижениями в области естественных наук, особенно биологического профиля личности, появились новые возможности в изучении природы психических заболеваний — исследование биохимических основ психических болезней. Особые успехи были достигнуты в изучении тонких биохимических процессов жизнедеятельности организма в норме и при различных патологических состояниях. Это направление включает исследование нейрогуморальных регуляторов, нейропептидов, аутоиммунных процессов и т.д. Показано, что особенности обмена нейрогуморальных регуляторов и их распределение в различных структурах головного мозга связаны с характером психических изменений у больных, зависимостью нарушения аутоиммунных процессов от прогредиентности заболевания. Отличительной особенностью исследований природы психических заболеваний отечественными специалистами является комплексный подход с применением различных методик и обстоятельной клинической характеристикой психически больных. Сложность организации психики, ее неоднозначная связь с нейрофизиологическим субстратом обусловливают серьезные трудности конкретного представле-

ния о психосоматическом взаимодействии как в теоретическом, так и методологическом отношении. Психическое как отражение внешнего мира проявляется в различных идеальных образах, на особенности формирования которых оказывают влияние предшествующий опыт, включая и опыт раннего возраста, социальные и этические установки личности. Поэтому характер проявления болезни у разных людей бывает различным. Вместе с тем все эти различия протекают в границах конкретного психического заболевания со свойственными ему этиологией и патогенезом.

Психологическое и философское направления. Психиатрия и психология — близкие специальности, хотя решают разные научно-практические задачи. Многие методики, разработанные представителями различных психологических школ, нашли применение при обследовании психически больных. Однако психологические концепции, как правило, не служат единственной теоретической основой тех или иных психиатрических школ, так как психология и психиатрия имеют дело с качественно разными состояниями — проявлениями психики. Исключение составляет концепция глубинной психологии, ставшая теоретически-методологической основой психодинамической психиатрии. Возникновение глубинной психологии связано с именем французского психиатра Ф. Месмера (70-е годы XVIII в.). В начале XIX в. были широко распространены концепции Шеллинга, Ницше и других философов о существовании «мировой души», о том, что людьми управляют иррациональные силы. «Магнетический сомнамбулизм» (особое состояние, вызываемое с помощью гипноза) рассматривался как способ общения с «мировой душой». В середине XIX столетия в развитии глубинной психологии наступил кризис. Идеи магнетизма с мировой душой и иррациональными силами трансформировались в понятие «гипноз» (Брэд Дж., 1843).

Новое развитие глубинная психология получила в концепции З. Фрейда (1911). Психическая сфера человека была подразделена на ряд уровней: подсознательное «Я» и «сверх-Я» или «Оно», «Эго», «Супер-эго». Подсознательное — это своеобразный резервуар иррациональных сил, управляющих человеком. Первоначально З. Фрейд ассоциировал эти силы с желаниями,

прежде всего сексуальными. Им было введено понятие комплекса — внутриличностного конфликта между желанием личности (подсознательное) и невозможностью его реализации, так как это противоречит морально-этическим принципам, утвердившимся в обществе. Неосознанные желания могут проникать в сознание лишь в маскированном виде (как особые сновидения и ассоциации). Позже к этим неосознанным влечениям, желаниям З. Фрейдом были добавлены стремления к агрессии и смерти. Все психические и многие соматические заболевания З. Фрейд и его последователи стали связывать с наличием у человека комплексов и слабости «Эго». В качестве средства для лечения этих расстройств был предложен *психоанализ* — выявление указанных комплексов и осознанное переживание их больным с помощью психоаналитика. С позиций концепции З. Фрейда стали объяснять социальные, культурные и религиозные стороны в жизни общества, причем между адекватными психологическими и патопсихологическими проявлениями его последователи не видели существенного различия, так как в основе того и другого состояния, по их представлениям, лежат одни и те же механизмы: конфликты, подсознательные силы, взаимодействующие с остальными структурами личности.

Широкое распространение концепция З. Фрейда получила в США, где она трансформировалась в *психодинамическую теорию психиатрии*. Как и представители фрейдизма, сторонники психодинамической концепции выделяют различные сферы сознания и «Я»: сознательное и подсознательное «Я» и «сверх-Я». Акцент на патогенной роли таких эмоциональных переживаний, как страх, беспокойство, неуверенность, напряжение, т.е. малодифференцированные эмоциональные проявления, еще раз подчеркивает методологическую общность психодинамической концепции с фрейдизмом, утверждающим господство инстинктивной жизни над сознательной. Психические заболевания, отклонения в поведении объясняются как невозможность для личности справиться с жизненной ситуацией, корни же слабости личности лежат в эмоциональном опыте. Психодинамическая психиатрия имеет методологическую общность с фрейдизмом и отличается от него лишь взглядами на условия и характер образования комплексов.

1.2. КОНЦЕПЦИЯ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Для возникновения психической болезни, как и всякой другой, решающее значение имеют те внешние и внутренние условия, в которых реализуется ее причина. Причина вызывает болезнь не всегда, не фатально, а лишь при стечении тех или иных обстоятельств, причем для разных причин значение условий, определяющих их действие, различно. Возникновение болезней, в том числе психических, их развитие, течение и исход зависят от взаимодействия причины, различных вредных влияний внешней среды и состояния организма, от соотношения внешних (экзогенных) и внутренних (эндогенных) факторов. Под *эндогенными факторами* понимают физиологическое состояние организма, определяемое типом высшей нервной деятельности и ее особенностями в момент действия вредности, полом, возрастом, наследственными задатками, иммунологическими и реактивными особенностями организма, следовыми изменениями от различных вредностей в прошлом. Таким образом, эндогенное не рассматривается в качестве только наследственно обусловленного или неизменного состояния организма (Давыдовский И.В., 1962). Значение экзогенных и эндогенных движущих сил различно при разных психических болезнях и у конкретных больных. Каждая болезнь, возникая от причины, развивается в результате характерного для нее взаимодействия названных движущих сил.

Высказывается несколько гипотез о происхождении и развитии психических расстройств, отражающих основной метод исследования, применявшийся при изучении этиологии и патогенеза психических заболеваний.

Биологические концепции психических расстройств

Биохимические гипотезы происхождения психозов. Основой биохимических концепций является определение главного патологического механизма психических расстройств — нарушение химизма синаптических нейротрансмиттеров нейронов головного мозга.

Дофаминовая концепция (Carlsson A., Lindqvist M., 1963) утверждает, что в тканях мозга больных образуется избыточ-

ное количество дофамина (в результате усиленного синтеза либо недостаточности механизмов, регулирующих его превращение) и повышается активность дофаминергических структур мозга. Возможна гиперчувствительность дофаминовых рецепторов (увеличение числа этих рецепторов или повышение их аффинитета к молекуле дофамина). В головном мозге выделяют структурные системы с высоким содержанием дофамина: нигростриарную (регулирующую экстрапирамидную двигательную активность), мезэнцефально-корковую и мезэнцефально-лимбическую. Предполагают, что нарушение в первой из них приводит к развитию экстрапирамидных расстройств. Изменение дофаминовой активности в мезэнцефальных системах, регулирующей механизмы эмоций, может привести к возникновению аффективных нарушений, психотических расстройств. Имеются доказательства нарушения дофаминовой трансмиссии при эндогенных заболеваниях (шизофрения, биполярное аффективное расстройство), а также при психозах у больных с алкогольной зависимостью. Механизм действия антипсихотических препаратов (нейролептиков) связывают с блокированием дофаминовых рецепторов.

Варианты концепции — возможно снижение активности медиаторов (гамма-аминомасляной кислоты — ГАМК, глутаминовой кислоты, глицина), участвующих в регуляции дофаминовой системы, нарушение активности серотонина, нарушение активности ферментов, важных для синтеза и распада нейротрансмиттеров — моноамиоксидазы, креатининфосфокиназы, лактатдегидрогеназы.

Доказано влияние норадреналина и серотонина на формирование и развитие тревожных и депрессивных состояний.

Нейропептидная гипотеза. Нейропептиды служат основой межклеточных взаимодействий, действуя в качестве нейрогормонов, нейротрансмиттеров, нейромодуляторов. Выделяют отдельные группы нейропептидов — эндорфины и энкефалины, к которым относят альфа-, бета-, гамма-эндорфины, метионин-эндорфин и лейцин-эндорфин — нейрокинины (субстанция Р). К нейропептидам также относят вазопрессин, окситоцин, нейротензин, соматостатин, холецистокинин, тиреотропный гормон. Нейропептиды существенно влияют на эмоциональное

состояние больного, нарушение их химизма может приводить к выраженным аффективным расстройствам.

Иммунологическая концепция основана на том, что в результате инфекционного, химического, физического (радиационного) воздействия возможно изменение тканевых антигенов, на которые реагирует иммунная система организма, возникают аутоиммунные расстройства. Существуют данные, свидетельствующие об изменении у страдающих психическими расстройствами больных всей иммунной системы организма, в результате чего возможны аутоиммунные реакции и против неизмененных антигенов. Так, при шизофрении установлено наличие в крови больных антител к мозговой ткани. В то же время рассматривать аутоиммунные реакции как основной механизм возникновения шизофренических расстройств не представляется возможным, поскольку выявленные иммунологические показатели неспецифичны и могут лишь сопровождать заболевание.

В конечном итоге следует отметить, что при психических расстройствах (прежде всего эндогенных) могут наблюдаться аутоиммунные процессы в организме больного как гуморального, так и клеточного уровней.

Генетическая концепция. Определяет возникновение психических расстройств хромосомными нарушениями, что подтверждается цитологическими исследованиями. Выявлен и изучен вариант аномального кариотипа (трисомия по 21-й хромосоме) — синдром Дауна. Второй вариант трисомии по аутосомам — синдром Эдвардса (трисомия на 18-й хромосоме). Третий вариант — синдром Патау, связанный с трисомией по одной из хромосом группы B. Большинство аномальных форм поведения описано при изменениях числа половых хромосом. Это прежде всего синдромы Клайнфельтера, Шерешевского—Тернера, синдром XYY[1] и др.

Существенный вклад в развитие генетической концепции внес М. Блейлер, определивший возможность риска возникновения эндогенных заболеваний, прежде всего шизофрении,

[1] Следует отметить, что выявлены лица с данным кариотипом (XYY) без каких-либо психических нарушений.

в семьях с имевшим место ранее заболеванием одного и более родственников.

Инфекционная гипотеза возникновения психических нарушений имеет значение для отдельных заболеваний — сифилиса, туберкулеза, ревматизма.

Психологические и философские концепции происхождения психических расстройств

Экзистенциональная и антропологическая концепции используют феноменологически-герменевтическую методику обследования больных. Результаты ее применения выражаются не в клинических понятиях, а в категориях философии существования (экзистенционализма). В соответствии с этим, например, у больных шизофренией констатируется изменение восприятия собственного бытия.

Сторонники этого течения говорят об изменении «наличного бытия», «коммуникации», «собственного мира», что ведет к «крушению жизни». Бред в соответствии с такими взглядами представляет собой самовыражение шизофренического бытия. Антропологическое направление трактует психоз как результат краха привычного существования человека.

Психоанализ. В этой концепции ведущим является конфликт между человеком и цивилизацией, в антагонистическом противоречии между бессознательными влечениями человека и запретами культуры, между стремлением человека к осуществлению своих скрытых влечений и страхом нарушения моральных заповедей семьи, общества. Моральный диктат культуры заключается в формуле: «Там, где было “Оно” (диктат бессознательных влечений), должно быть “Я”». Психоз наступает тогда, когда «Я» ослаблено, его посредничество между требованием «Оно» и внешним миром не осуществляется. В результате «Я» капитулирует и деградирует до ранней стадии развития. «Я» может деформироваться, расщепляться, может наступить раздвоение «Я». Главный механизм защиты в психозе есть регресс «Я». Болезнь «Я», представляющая собой сущность психоза, разными последователями З. Фрейда объясняется различно — разложение «Я», дефицит структуры «Я», архаизм «Я», эгопатия, распад синтезирующей функции «Я», регрессивный распад «Я».

К.Г. Юнг (Jung C.G., 1921) определял психоз как выражение архитипического образования коллективного бессознательного.

Неофрейдизм (Horney K., 1939, 1945; Sullivan S., 1932, 1962; Fromm E. 1941, 1970) объясняет происхождение психических нарушений у человека существованием «основного конфликта», обусловленного неспособностью адекватно ориентироваться в жизни и постоянным «основным беспокойством». Конфликтная ситуация возникает в результате несоответствия между человеческими потребностями и пределами их удовлетворения, что обусловливает патологию. Стремясь сгладить конфликт, человек, замещая реальное «Я», создает идеализированный образ — идеализированное «Я». Идеализированный образ замещает реальное самоутверждение личности, он замещает подлинные идеи и нивелирует существующие конфликты. В основе неврозов и психозов лежит осознание человеком своей природной неполноценности. Цель «гуманистического психоанализа» — способствовать саморазвитию потенциальных возможностей человека в направлении жизненности и продуктивности, познания своей внутренней природы, преодоления «внутреннего конфликта», самореализации, повышения адаптации больного в социальной среде.

Гештальтпсихологическая концепция психоза (бредового) отражена в трудах K. Conrad (1958). Автор рассматривает формирование психических расстройств как последовательный ряд этапов:

- на первом этапе возникают эмоциональные нарушения — тревога, страхи;
- на втором этапе присоединяются расстройства восприятия — иллюзии, галлюцинации, дереализация, когнитивные расстройства;
- на третьем этапе формируется устойчивый бред с последующим утяжелением психических расстройств, регрессом психических функций.

1.3. ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Диагностика психических расстройств — постановка психиатрического диагноза — проводится по общепринятым методикам, соответствующим всем клиническим дисциплинам современной

медицины. В то же время выставление психиатрического диагноза имеет существенное медицинское, юридическое и социальное значение, что обусловливает необходимость комплексной, максимально обоснованной диагностики нарушений. В настоящее время клинико-психопатологический метод (в сочетании с обязательными дополнительными параклиническими методиками) является в психиатрии основным. Диагностика психической болезни начинается с выявления и соответствующей квалификацией симптомов или признаков заболевания. Симптомы характеризуются принадлежностью к тому или иному психическому регистру, интенсивностью, длительностью, устойчивостью. Симптомы подразделяются на *позитивные* и *негативные*. К позитивным относят проявления активности сохранившихся уровней психической деятельности (галлюцинации, бред, некоторые аффективные расстройства и др.), к негативным — указывающие на распад структуры и выпадение той или иной ее функции (апатия, абулия, слабоумие и др.). Позитивные расстройства могут возникать лишь при наличии негативных, при этом в результате тех или иных выпадений в высшем уровне психики проявляется деятельность функций более низкого уровня. Позитивные и негативные расстройства существуют в единстве. Негативные расстройства бывают функциональными, обратимыми, но могут стать и необратимыми. Психические расстройства могут носить гомогенный или гетерогенный характер. В первом случае психопатологическая симптоматика имеет одну основу, во втором — она обусловлена разными предпосылками. Наиболее значимый *симптом* можно оценить только в совокупности и взаимосвязи с другими признаками — в *синдроме*. Синдром психической болезни — это патогенетическое образование, он определяется качеством и тяжестью расстройства психической деятельности.

Динамика синдрома сопровождается изменением состава и соотношений элементов. Исчезновение одних и появление других элементов ведут к изменению, трансформации и перерастанию в новый синдром, происходит не смена синдрома, а его изменение, эволюция. Такая динамика и выражает *патокинез* болезни — закономерность развития патологического процесса, его стереотип. Синдром, взятый в отдельности («статус» боль-

ного в момент обследования), свидетельствует об особенностях лишь одного этапа болезни, которая представляет собой процесс.

Клиническая картина заболевания вместе с данными дополнительных, параклинических, инструментальных исследований, а также характерные анамнестические данные позволяют выставить диагноз — определить конкретное заболевание больного.

Диагноз, включающий индивидуальные особенности проявления и течения болезни или ее последствий, представляет собой завершающий этап диагностики. Заболевание у каждого больного протекает индивидуально, более или менее отличаясь от усредненного варианта, что обязательно учитывается при проведении диагностических, терапевтических, реабилитационных и реадаптационных мероприятий.

1.4. ПРЕДБОЛЕЗНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ

Наряду с нозологически и синдромально сформированными формами заболеваний все большее внимание привлекают инициальные расстройства и предболезненные состояния. Существенные социальные и экономические изменения предъявляют повышенные требования к адаптационным возможностям индивида, создают условия длительного эмоционального напряжения, что, в свою очередь, является одной из главных причин возникновения различных пограничных психических расстройств. Результаты отдельных исследований свидетельствуют, что развитию собственно заболевания предшествует период предболезненных нарушений, характеризующихся полиморфной симптоматикой, не достигающей синдромального уровня патологии, тем не менее значительно влияющей на самочувствие и адаптивные способности человека. Своевременное проведение профилактических и терапевтических мероприятий в период проявления предболезненных нарушений особенно эффективно препятствует развитию заболевания.

Переход клинической психиатрии к изучению ранних, субклинических форм пограничной патологии обусловливает необходимость дифференцированного подхода к выявлению нарушений и квалификации вариантов расстройств. Формирование понятия переходных состояний, занимающих промежуточное

состояние между «здоровьем» и «болезнью» собственно и положило начало разработке концепции «предболезни». Накопление значительного количества клинических наблюдений пациентов с малодифференцированной симптоматикой позволило перейти к выделению особых, начальных этапов развития патологических состояний, отличающихся от «нормы», но в то же время не позволяющих отнести их к конкретной нозологической форме.

Выделение предболезненных состояний может рассматриваться как «попытка решения вопроса о соотношении здоровья и болезни, при этом в определенной степени уменьшающая акцент абсолютной дискретности между этими понятиями, а с другой стороны — исключающая возможность формальной тождественности между ними» (Семичов С.В., 1987). Следует отметить, что в большинстве приведенных работ понятие «повышенного риска возникновения заболевания» определялось с помощью статистических методов. Несмотря на то что повседневная диагностическая и терапевтическая деятельность требует от практического врача альтернативного определения состояния пациента («здоров — болен»), в той же реальной практике достаточно часто встречаются состояния, занимающие промежуточное положение и определяемые в ряде работ как «не резко выраженное расстройство», «донозологический этап патологии» и т.п. При сохранении всей дискуссионности вопроса уход от чрезмерной альтернативности двойного деления и переход к трехуровнему варианту подразделения психического состояния позволяют в значительном большинстве случаев уменьшить как гипердиагностику, так и гиподиагностику, и не относить к группе здоровых или больных сомнительные случаи. Наконец, выделение предболезненных состояний представляет практический интерес для планирования и проведения как профилактической, так и реабилитационной (и реадаптационной) работы с различными контингентами населения.

В психиатрии оценка и определение критериев предболезни прошли несколько стадий и последовательно базировались на статистическом, гомеостатическом, адаптивном подходах. Нарушение адаптационных возможностей индивидуальной психики пациента рассматривается абсолютным большинством авторов как ведущий признак формирования предболезни. В работе

С.В. Семичова выделяется последовательность понятия «нормы» в психиатрии в зависимости от ведущего методического подхода к решению проблемы соответственно: статистический, психологический, адаптивный варианты. Автор отмечает, что понятие «предболезнь» относится к случаям, выходящим за рамки нормы, но при которых невозможно диагностировать какое-либо из известных заболеваний, ввиду отсутствия одного или нескольких необходимых для этого компонентов. Предболезненные состояния (по С.В. Семичову) отличаются друг от друга по степеням вероятности возникновения заболевания, которые даны в «реакциях», «состояниях» и «развитиях» — клинических категориях, встречающихся на донозологическом уровне. В психиатрии предболезнь проявляется в дезадаптации, которая может носить как парциальный, так и тотальный характер. Однако ее в любом случае следует квалифицировать как предболезненное состояние, так как риск заболевания всегда повышен. Состояние пациентов определяется признаками эмоционального напряжения, связанного с осознанием сложившейся ситуации и неосознаваемой повышенной тревожностью и психологическим дискомфортом. Эмоциональная напряженность у лиц с предболезненными расстройствами может рассматриваться как адаптивная форма реагирования на неблагоприятные средовые влияния. Наиболее значимый прогностический фактор возникновения психической пограничной патологии — состояние длительного эмоционального напряжения, развивающееся под влиянием широкого круга экзогенных воздействий. Состояние предболезни может быть диагносцировано в тех случаях, когда отмечается формирование аномальных личностных реакций, признаками которых являются утрата адаптационного характера эмоционального реагирования, возникновение вне связи с психотравмирующей ситуацией, изменение межличностных отношений. Особое значение выделение предболезненного уровня пограничных психических нарушений приобретает у лиц молодого возраста и подростков. Предболезненные состояния в силу особенностей проявления, достаточно скрытой динамики, как правило, не вызывают у лиц молодого возраста адекватной реакции, и хотя субъективно отмечаются, трактуются как последствия «учебного перенапряжения». Подростки в большинстве случаев самостоятельно не об-

ращаются за медицинской помощью, родители также склонны рассматривать симптоматику как особенности «переходного периода». В то же время результаты исследований свидетельствуют о безусловном прогностическом значении выделенных предболезненных состояний — полиморфной астенической симптоматики, транзиторного аффективного расстройства, отдельных видов акцентуаций характера. Несмотря на существенные различия структуры, общим для предболезненных состояний являются хронические психотравмирующие ситуации проявления дезадаптации различного уровня семейного, учебного, социального характера. Интенсивность проявлений дезадаптации может быть различной, что в определенной степени сказывается на прогностической значимости. Соотношение предболезненные состояния/состояние дезадаптации носит в большинстве случаев аналогичный характер. В то же время динамика дезадаптации определяется структурой предболезненных нарушений. Так, при наличии полиморфной астенической симптоматики или транзиторного аффективного расстройства, динамика которых носит периодический характер, дезадаптация имеет тенденцию к длительному или практически постоянному проявлению, тем не менее могут отмечаться периоды выраженной компенсации состояния. При акцентуациях характера дезадаптивные состояния, как правило, соответствуют аффективным реакциям пациентов и проявляются преимущественно периодически. Но даже в случае компенсации, отдельные признаки семейной, учебной, социальной дезадаптации в большинстве случаев сохраняются, имея тенденцию к усилению интенсивности нарушений с каждым новым состоянием декомпенсации.

Прогностическая значимость предболезненных состояний определяется структурой и интенсивностью наличествующих нарушений. В целом полиморфная астеническая симптоматика и транзиторное аффективное расстройство достоверно влияют на развитие невротических и личностных расстройств. При этом полиморфная астеническая симптоматика важна прежде всего для развития невротических нарушений — астенического, истерического, депрессивного неврозов. Транзиторное аффективное расстройство оказывает влияние на развитие истерического и обсессивно-фобического неврозов и личностных расстройств,

особенно соматоформного расстройства. Акцентуации характера истероидного и неустойчивого типа имеют прогностическое значение для развития личностных расстройств соответственно истерического и эмоционально неустойчивого типа. Выявленные закономерности динамики предболезненных расстройств, тесно связанных с формированием и развитием пограничных психических нарушений, обусловливают необходимость проведения профилактических и коррекционных мероприятий (Лебедев М.А., 2008). Проблемы ранней диагностики и преодоление гипердиагностики могут быть решены с использованием дифференциальных уровней психического здоровья, что позволяет при массовых обследованиях выделять наиболее прогностически значимые группы. При массовых профилактических обследованиях необходимо соблюдение принципов непрерывности, преемственности оценки и прогнозирования психического здоровья, последовательного контроля его динамических колебаний. Этот принцип может быть реализован за счет следующих этапов — разделение наблюдаемого контингента на группы с разным состоянием психического здоровья — динамического контроля состава групп. Следующий принцип проведения массовых исследований — совмещение индивидуального и популяционного подходов при проведении обследований.

Современная система психиатрической помощи амбулаторного и стационарного уровней направлена прежде всего на оказание помощи пациентам с выраженной синдромальной симптоматикой. В то же время предболезненные состояния при весьма существенной распространенности в подростковом и молодежном контингенте населения практически выпадают из поля зрения врачей-психиатров. Поэтому важность собирания максимума информации, позволяющей более полно определить состояние пациента, возрастает. Понятие «предболезнь» имеет не только клиническое, но и вероятностное значение. Эти обстоятельства создают условия для выделения «групп повышенного риска» возникновения пограничных психических расстройств, что, в свою очередь, обусловливает целесообразность профилактических и коррекционных мероприятий. Необходимость обращения к психиатру, как правило, вызывает отрицательные психологические переживания и у самого пациента и у его родственников

(в связи с традиционно негативным отношением к психиатрическому консультированию). В еще большей степени это справедливо для подростков и молодых людей. В то же время проблемы межличностных отношений в учебном коллективе могут быть успешно решены при психологическом консультировании. Определение наличия предболезненных нарушений делает необходимым активное противодействие негативному развитию состояния. Полученные результаты исследований свидетельствуют о существенной вероятности формирования невротических и личностных расстройств у подростков и лиц молодого возраста, при наличии выделенных и изученных форм «предболезни». Особенно важным в этой связи являются динамическое наблюдение подростка, последовательные консультативные осмотры, разработка программы профилактических и коррекционных мероприятий. Уже сам факт установления состояния предболезненных нарушений способствует в большинстве случаев более внимательному отношению к состоянию здоровья подростка в семье, что, в свою очередь, позволит стабилизировать состояние пациента, не допустить синдромального формирования расстройств. Особенностью организации специализированной помощи подросткам и лицам молодого возраста являются амбулаторный характер его проведения, сохранение привычного ритма обучения и производственной деятельности. Пациенты (и их родственники) даже при обращении за консультацией к врачу-психиатру недооценивают прогностическое значение состояния пациента, убеждены в «случайности», «кратковременности» нарушений. Структурные формы предболезненных состояний — полиморфная астеническая симптоматика, транзиторное аффективное расстройство, акцентуации характера — имеют прогностическое значение для развития пограничных психических расстройств: неврозов и личностных расстройств. Наличие предболезненных состояний обусловливает необходимость проведения индивидуальных психокоррекционных мероприятий с различными контингентами населения.

2 МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

2.1. КЛИНИЧЕСКИЙ МЕТОД

Клинический метод диагностики психического расстройства является основополагающим в психиатрии. Он включает в себя собственно осмотр больного и его системный расспрос.

При собственно осмотре больного оцениваются внешний вид больного, особенности и состояние одежды, прическа, мимика, двигательная активность, манера поведения. При осмотре возможно обнаружение истинных галлюцинаций, парафренного бреда, двигательно-волевых нарушений.

Расспрос — основной прием психиатрического исследования. Наличие большинства симптомов и их особенности можно обнаружить при помощи собеседования. К таким симптомам относятся навязчивые явления, психический автоматизм, большинство вербальных галлюцинаций, параноияльный бред, начальные признаки депрессии, астении и др. При сообщении больным о том или другом расстройстве или его утвердительном ответе на вопрос предлагают привести соответствующий пример и подробно описать все проявления и обстоятельства этого нарушения. При расспросе больного обращают внимание на его состояние и динамику формирования расстройств. Расспрос следует вести в отсутствие род-

ственников и знакомых больного. Исследование состояния больного базируется на анамнестических данных, соответственно субъективных и объективных. При хронических заболеваниях начальный этап расстройств излагается больным не всегда четко. При собирании *субъективного* анамнеза учитывают, как больной излагает и трактует факты под влиянием патологических переживаний, — это характеристика статуса больного. Выясняют болезни, отклонения в развитии, физические и психические травмы в последующие годы, наличие в это время навязчивых явлений, импульсивных влечений, страхов, эпизодов снохождения, каких-либо судорожных состояний. Существенное значение имеют данные об отношении больного в детстве к родным, сверстникам, выполнении программы школьного обучения, успешности профессиональной деятельности, формировании характера, его изменения в пубертатный период, юношеские увлечения. Обязательным является описание возрастных изменений характера, семейной жизни, производственной деятельности, отношений в производственном коллективе, круга интересов. Уточняют физические и психические травмы, предшествовавшие психическому заболеванию, перенесенные соматические заболевания, состояния интоксикации, определяют особенности начала заболевания, первые признаки расстройств, их последующее развитие и течение. В ряде случаев в связи со спецификой психического расстройства больной может уклоняться от расспроса, отвечать письменно, жестами.

Объективный анамнез собирают у близких и родственников больного, знакомых, соседей, у лиц, его знающих, также обращаются к предшествующей медицинской документации. Фиксируется наличие психически больных и лиц с особым складом характера среди родственников больного. Уточняют наследственную отягощенность, состояние здоровья матери больного во время беременности и течение родов, устанавливают особенности физического и психического развития больного в раннем возрасте, в детстве и юношеском возрасте, формирование и особенности характера, условия жизни и работы. Особое внимание уделяется первым признакам заболевания, нарушению поведения и работоспособности больного, изменению его отношения

к родным, окружающим, перемене интересов, отношению самого больного к своему заболеванию.

Расспрос больного сочетается с наблюдением. Оцениваются выражение лица, модуляция голоса, интонации, жесты, поза больного во время разговора. По этим признакам определяются наличие галлюцинаций, уровень и характер эмоциональных реакций, характер бредовых переживаний.

Итог клинического осмотра — определение синдромального состояния больного, распознавание (с учетом анамнестических сведений) возможной нозологической принадлежности, составление плана дополнительного обследования и лечения. Все полученные данные о специфике проявления, динамике психических нарушений заносятся в историю болезни (при амбулаторном приеме в амбулаторную карту). История болезни (амбулаторная карта) является официальным медицинским и юридическим документом.

2.2. СОМАТИЧЕСКОЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Общий осмотр больных подразумевает оценку их состояния в целом, а также его поведения, реакций на проведение осмотра. При осмотре кожных покровов можно обнаружить следы различных повреждений. Так, у лиц, склонных к самоповреждению или суицидальным попыткам, можно обнаружить шрамы на руках при попытке вскрыть вены, у наркоманов — следы от внутривенных инъекций и т.д. Наличие татуировки на теле больного может указывать на его личностные особенности, например, антисоциальные склонности. Психически больной нуждается в тщательном соматическом обследовании. Многие соматические заболевания могут послужить причиной психических расстройств, а психически больные могут неадекватно оценивать свое состояние. Психические расстройства иногда проявляются в форме соматизированной симптоматики.

При проведении психофармакотерапии наблюдение за соматическим состоянием больных должно быть динамическим, так как многие психотропные средства обладают выраженными побочными действиями (ортостатические коллапсы, нарушение

сердечного ритма, агранулоцитоз, диспептические, дизурические, неврологические нарушения и т.д.). Соматическое обследование больного осуществляется по обычным правилам клинических отраслей медицины. Многие психически больные вследствие характера психических расстройств могут не высказывать жалоб.

Соматические симптомы не могут служить абсолютным критерием диагностики психической болезни — существенное значение в этом отношении имеют только психопатологические признаки. В то же время соматическое обследование и контроль состояния больного обязательны и необходимы в течение всего периода диагностики и лечения.

Неврологическое обследование необходимо, так как ряд психических расстройств возникает в результате органического поражения головного мозга, а многие психические болезни сопровождаются различными неврологическими нарушениями, расстройствами вегетативной нервной системы. Традиционно в неврологическое обследование включается определение неврологического статуса, также проводят исследование глазного дна, обзорную рентгенограмму черепа, пневмоэнцефалограмму, вентрикулограмму, ангиограмму, компьютерную томографию. Отдельные психические процессы — результат деятельности функциональной системы, в которой участвуют многие области головного мозга. Нарушение деятельности функциональной системы проявляется в тех или иных психопатологических синдромах, а их особенности позволяют судить о месте поражения в головном мозге. Неврологическое обследование нацелено на выявление очаговой неврологической симптоматики (определение локализации опухоли мозга, последствий инсульта, кист и гематом) или диффузных мозговых процессов (мозговая атрофия, сифилитический менингоэнцефалит, распространенный атеросклероз мозговых артерий). При проведении такого рода обследований следует обращать внимание и на периферическую нервную систему. У больных алкоголизмом нередко выявляются признаки полинейропатии, нарушение координации движений, тремор. Необходимо наблюдение за неврологическим состоянием больных, получающих нейролептики, поскольку у них возможно возникновение нейролептического синдрома.

Исследование офтальмолога также необходимо при дифференциальной диагностике органических заболеваний, так как оно может выявить признаки повышения внутричерепного давления в виде отека диска зрительного нерва и повышения внутриглазного давления. Важную информацию получают при осмотре сосудов глазного дна (признаки венозного застоя, сужение и склерозирование артерий). Опухоли мозга, локальные его поражения часто приводят к выпадениям участков поля зрения. Многие психотропные препараты могут нарушать аккомодацию, вызывают расширение зрачка и тем самым препятствуют оттоку внутриглазной жидкости, что может спровоцировать приступ глаукомы. При осмотре больного психиатр должен обратить внимание на реакцию зрачка на свет. Так, отсутствие реакции зрачков на свет при сохранении реакции на аккомодацию и конвергенцию (симптом Аргайла Робертсона) — характерный признак сифилитического поражения головного мозга. Изменение ширины зрачка может свидетельствовать о наркотической интоксикации (например, миоз при опийном опьянении или расширение зрачков при употреблении кокаина).

2.3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Экспериментально-психологические исследования в психиатрии — это методы, направленные на выявление и анализ тех или иных особенностей психики путем создания специальных контролируемых условий. Они применяются для распознавания и дифференциальной диагностики психических расстройств различного генеза, личностных особенностей.

Как правило, психологические экспериментальные методики, доступные врачу, представляют собой простые виды «умственных» и практических заданий, предлагаемых больным в разных вариантах и комбинациях в зависимости от целей дифференциальной диагностики и направленности на выявление тех или иных расстройств психики.

Психологический эксперимент применяется для решения дифференциально-диагностических задач и как способ выявления собственно психологических характеристик измененной

психической деятельности при разных психических расстройствах. В этих целях используются специальные, более сложные экспериментально-психологические методы, применение которых относится к компетенции патопсихологов и требует специальной квалификации и опыта экспериментальной работы.

В настоящее время используется множество методических приемов. Следует иметь в виду, что экспериментальные исследования не универсальны и направлены на выявление определенных видов патологии психики. Экспериментальные методики строятся по принципу моделирования определенных ситуаций, требующих от больного какой-либо деятельности, в которой и выявляются особенности расстройств.

Комплекс методик подбирают индивидуально в соответствии с конкретной дифференциально-диагностической задачей, состоянием больного на момент обследования, уровнем его образования и возрастом.

Результаты исследований позволяют использовать определенные характеристики измененной структуры психической деятельности в качестве дополнительных дифференциально-диагностических данных.

Для обнаружения симптомов утомляемости, ослабления внимания, снижения темпа психической деятельности применяются следующие методики.

Корректурная проба (Bourdon, 1895) — больному предлагают вычеркнуть из стандартного текста буквы «К» и «Р». Быстрое выполнение задания с ущербом для точности наблюдается при маниакальных и паралитических синдромах, чрезвычайно медленное — при депрессивных состояниях, сосудистом и ином органическом поражении мозга.

Счет по Крепелину (Krepelin E., 1895) — элементарная арифметическая задача (складывание чисел «столбиком»). Темп и точность выполнения отражают утомляемость и работоспособность больного.

Отсчитывание (Krepelin E., 1895) — последовательное вычитание чисел, например, отнимать «в уме» по 7 из 100 (93, 86, 79, 72 и т.д.). Таким путем исследуются навыки счета, устойчивость внимания, истощаемость, критика к своему состоянию.

Для выявления расстройств памяти используют заучивание слов (или цифр), пересказ несложных сюжетов, опосредованное запоминание попарно предъявляемых слов, связанных по смыслу.

Метод пиктограмм (Лурия А.Р., 1973) заключается в том, что больному предлагают с помощью собственноручных рисунков, набросанных для памяти, запомнить произнесенные экспериментатором 10–16 слов. Таким образом исследуют память — информативным является соотнесение результатов непосредственного и опосредованного запоминания.

Для изучения когнитивной деятельности больных используются раскрытие иносказательного смысла пословиц, метафорических выражений, сравнение предметов и понятий по признакам сходства и отличий, а также специальные методики.

Ассоциативный эксперимент (Jung C., 1906). Используется для анализа характера ассоциаций пациента и скорости их образования. Испытуемому зачитывают подготовленный ряд слов и предлагают отвечать как можно быстрее на каждое из них первым пришедшим в голову словом. Регистрируются время реакции и ответы пациента. Анализируются семантический уровень ответов, их адекватность стимулам, изменения времени реакции на различные по содержанию стимулы, внешние проявления эмоциональных реакций, соотношение времени реакции на заведомо нейтральные или ситуационно-значимые слова.

Психометрические методы исследования интеллекта и аномального развития

Шкала Binet–Simon (1905, 1908). Шкала предназначена для оценки интеллектуального развития ребенка. По совокупности выполнения заданий определяется уровень интеллекта — *Intellectual Quotinent* (*IQ*) с помощью формулы соотношения показателей умственного и хронологического возраста:

$$IQ = (\text{умственный возраст} / \text{хронологический возраст}) \times 100.$$

В норме величина *IQ*, принятая за 100, колеблется от 70 до 130. Показатели *IQ* для дебильности составляют 70–50, для имбецильности 50–30 и для идиотии — менее 30. Интеллектуаль-

ные тесты при всей их ценности для диагноза нарушений психического развития имеют определенные границы. У одного и того же пациента *IQ* может колебаться во времени.

Тест Векслера (Wechsler D., 1949, 1955) является наиболее известным и получившим широкое распространение во многих странах. В настоящее время при исследовании пользуются несколько вариантов теста Векслера, ориентированных на различные возрастные характеристики обследуемых.

Тест состоит из 11 отдельных методик (субтестов). Все субтесты разделены на 2 группы — 6 вербальных и 5 невербальных.

К вербальным субтестам относятся следующие.

1. Общая осведомленность. Общая понятливость. Арифметика.
2. Нахождение сходства. Воспроизведение цифровых рядов. Словарь.

К невербальным субтестам относятся следующие.

1. Шифровка. Нахождение недостающих деталей в картине.
2. Кубики Кооса (Kohs S.C., 1923). Последовательность картин. Сложение фигур.

Результаты выполнения каждого субтеста оцениваются в баллах. Затем по специальной таблице первичные оценки переводятся в унифицированные, позволяющие анализировать разброс, шкальные оценки. С учетом возраста подсчитывается отдельно вербальный и невербальный показатели, а затем общий показатель. Тест Векслера используется не только для определения уровня интеллектуального развития, структуры психического дефекта, но и в дифференциально-диагностических целях выявления признаков органических, эндогенных заболеваний, расстройств личности.

Таблицы Равена (Raven J., 1936). Тест предназначен для оценки способности к систематизированной, планомерной, методичной интеллектуальной деятельности. Тест состоит из невербальных заданий, и поэтому результаты тестирования меньше зависят от образования и знаний пациента. Всего тест Равена содержит 60 заданий, распределенных по 5 сериям. Правильное решение каждого задания оценивается в 1 балл, затем подсчитывается общее число баллов по всем таблицам и по отдельным

сериям. Полученный общий показатель оценивается как уровень интеллектуальных возможностей.

Рисовальный тест Куглера (Kugler K., 1970). Используется для диагностики интеллектуального развития детей. Тест состоит из 7 усложняющихся фигур, которые ребенок должен самостоятельно нарисовать. Фигура с изображением креста обязательно должна быть выполнена 7-летним ребенком, с ней справляются и 6-летние дети. Невыполнение рисунка 8-летним ребенком свидетельствует с большой вероятностью о слабоумии. Приводится специальная форма подсчета результатов.

Проективные методы исследования личности

Проективные методики представляют собой специальную технику клинико-экспериментального исследования тех особенностей и нарушений личности, которые наименее доступны непосредственному наблюдению. Различные проективные методики объединяются общими принципами подбора стимульного материала, поведения психолога при обследовании, постановкой диагностических задач. К ним относятся:

1) неопределенность стимулирующего материала или инструкции к заданию, благодаря чему испытуемый обладает относительной свободой в выборе ответа или тактики поведения;
2) обследование протекает при полном отсутствии оценочного отношения к ответам пациента со стороны психолога, — это условие, а также то, что испытуемый обычно не знает, что в его ответах диагностически значимо, приводят к максимальной проекции личности, не ограничиваемой социальными нормами и оценками;
3) проективные методы измеряют не ту или иную психическую функцию, а определенный модус личности в ее взаимоотношениях с социальным окружением.

Тест Роршаха (Rorschach H., 1921). Метод применяется в различных областях психологической диагностики для целей консультирования, профориентации, при изучении расстройств поведения, психосоматических заболеваний, неврозов и психозов. Материал теста состоит из 10 таблиц с пятью полихромными и пятью одноцветными изображениями. Таблицы

предъявляются испытуемому в определенной последовательности и положении. При обработке протокола каждый ответ испытуемого регистрируется по 4 категориям: локализация, детерминанты, содержание, оригинальность–популярность. Данные теста позволяют оценить интеллектуальные способности пациента, особенности аффективной сферы, характер социальных контактов, такие черты личности, как экстравертность/интровертность и др.

Тематический апперцептивный тест (ТАТ) (Murrey H., Morgan C.D., 1935). Используется обычно вместе с тестом Роршаха. В настоящее время материал ТАТ состоит из стандартного набора таблиц с изображением неопределенных ситуаций. Каждая из таблиц допускает возможность неоднозначной интерпретации. Пациенту предлагают набор из 20 таблиц и просят его составить по каждой из них небольшой рассказ, в котором должны быть описаны мысли и чувства персонажей, их настоящее, прошлое и будущее. Наиболее широко применяется ТАТ при пограничных состояниях для выявления аффективных конфликтов, ведущих мотивов, отношений, ценностей, индивидуальных способов разрешения конфликтных ситуаций, механизмов психологической защиты, импульсивности-подконтрольности, эмоциональной устойчивости-лабильности, эмоциональной зрелости-инфантильности. Результаты ТАТ позволяют оценить интеллектуальные возможности пациента, нарушения восприятия и мышления, повышенную агрессивность, депрессивные переживания, суицидальные намерения.

Тест Люшера оценивает потребности индивида по предпочтению цвета. Согласно тесту могут быть определены следующие психологические потребности:

- серый — в покое, отдыхе, пассивности;
- синий — в удовлетворении, спокойствии, устойчивости, положительной привязанности;
- зеленый — в самоутверждении;
- красный — в активном действии и достижении успеха;
- желтый — в перспективе, надеждах на лучшее, мечтах;
- фиолетовый — в уходе от реальности, индивидуалистичности;

- коричневый — в психологическом и физиологическом комфорте;
- черный — в независимости, протесте, негативизме по отношению к любым авторитетам, давлению извне.

Данные теста с определенным допущением позволяют выявить личностные характеристики обследуемого.

Личностные опросники (анкетные методы исследования личности)

Необходимость получить объективные данные о личностных особенностях обследуемого наталкивается на ограничения, связанные с недостаточностью самооценки пациентов, различными установочными аффектами. Для минимизации влияния этих факторов необходимо так построить опросник, чтобы диагностическое значение имела лишь корреляция, установленная между частотой высказывания и выраженностью того или иного качества, которое в некоторых случаях нельзя вывести из смыслового содержания вопроса. Авторы личностных опросников формулируют вопросы по возможности нейтрально, маскируя их цель и избегая ценностных категорий. В методики вводятся вопросы, специально предназначенные для выявления отношения испытуемого к исследованию. Достоверность полученных результатов устанавливается путем нахождения корреляции между личностными признаками, определяемыми независимыми клиническими наблюдениями или ранее проверенными экспериментальными методами, и ответами на вопросы, которыми этот признак должен быть выявлен. Надежность личностных опросников связана с процедурой их стандартизации на репрезентативных группах популяции.

Миннесотский многомерный личностный опросник (*Minnesota Multiphase Personality Inventory*, MMPI) (Hathaway S., McKinley, 1941). Имеются его русские модификации — методика многостороннего исследования личности (Березин Ф.Б., Мирошников М.П. 1976), вариант Института им. В.М. Бехтерева (1970), стандартизованный метод исследования личности — СМИЛ (Собчик Л.Н., 1971). Тест предназначен для оценки психического состояния и характерологических особенностей личности, может быть использован при обследовании психи-

чески больных для установления синдромального диагноза. MMPI состоит из 550 утверждений, затрагивающих состояние соматической и неврологической сфер, психологические характеристики, психопатологические нарушения, при этом каждое из них пациент должен оценить по отношению к себе как верное или неверное. MMPI состоит из 13 основных шкал, 3 из которых являются оценочными и характеризуют отношение пациента к обследованию (шкалы лжи, аггравации и симуляции, неадекватности самооценки), 8 клинических шкал (ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, паранойяльности, психастении, шизоидности, гипомании) и 2 психологических (мужественности-женственности, социальной интроверсии). Названия шкал отражают только ту группу больных, по которой валидизировалась данная шкала MMPI. Интерпретация результатов проводится в терминах психического состояния или личностных черт. Тест эффективен при индивидуальных и массовых обследованиях, при контроле за терапией. Высокий уровень формализации допускает компьютерную (имеются варианты компьютерных программ теста) обработку и хранение данных.

16-факторный личностный вопросник Кеттелла (16 PF) (Cattell R., 1966) — тест создан на основе использования факторного анализа для изучения структуры личности. При исследовании взрослых применяются 3 пары (мужские и женские варианты) эквивалентных опросников с учетом образования. Формы A и B, предназначенные для обследования лиц с образованием не ниже 7–8 классов, состоят из 187 вопросов. Процедура обработки первичных данных формализована. Каждому личностному фактору, выделяемому с помощью теста, дается развернутое психологическое описание. Недостатком опросника является отсутствие оценочных шкал, позволяющих учитывать установочные тенденции испытуемых.

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков (Иванова Н.Я., Личко А.Е., 1976, 1981) предназначен для определения в подростковом возрасте (14–18 лет) типов характера при различных его акцентуациях, формирующейся психопатии, психопатических развитиях, психопатоподобных нарушениях. В каждом наборе — от 10 до 19 ответов.

Испытуемому предлагается выбрать наиболее подходящие и неподходящие для себя ответы. Допускается множественный выбор (2–3 ответа). Вопросник содержит 2 оценочные шкалы («объективной» и «субъективной» оценок), позволяющие диагностировать самооценку испытуемых, откровенность, диссимилятивные тенденции, соотнесенные с объективной характеристикой. С помощью ПДО диагностируется 11 основных типов акцентуаций характера и психопатий: гипертимный, циклоидный, лабильный, астеноневротический, сенситивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, варианты смешанных типов. Кроме того, ПДО позволяет оценить такие показатели, как психологическая склонность к алкоголизации и делинквентному поведению.

2.4. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психиатрия — наука, включающая диагностическое использование как клинических характеристик, так и данных других методов обследования больного. Различные методики исследования функционального состояния мозга, математические методы анализа полученных данных применяются для диагностики психических расстройств и проведения контроля за лечением.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) — метод изучения функционального состояния головного мозга путем регистрации биоэлектрической активности мозга с поверхности неповрежденных покровов черепа. При некоторых органических заболеваниях мозга данный метод позволяет определить место и вид поражения. Для повышения диагностической значимости определяют биоэлектрическую активность мозга в покое и при воздействии различных раздражителей (фотостимуляция, фоностимуляция, гипервентиляция и др.).

Анализ ЭЭГ. Современная оценка результатов исследования проводится с использованием математических методов и компьютерной техники.

В структуре ЭЭГ выделяют ритмические и неритмические колебания биопотенциалов. Ритмические биопотенциалы ЭЭГ характеризуются частотой (число колебаний в секунду), амплитудой и конфигурацией (табл. 2.1, 2.2).

Таблица 2.1

Частотная характеристика*

Ритмы	Частота, кол./с	
Альфа	8–12	
Бета Гамма	13–25 более 25–30	Быстрые волны
Дельта Тета	1–3 4–7	Медленные волны

* Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 207.

Частоты колебания сопоставляются с альфа-ритмом, что позволяет определить медленные и быстрые волны.

Амплитуды волн в норме могут быть переменчивы в зависимости от разных условий исследования.

Таблица 2.2

Конфигурации ритмических волн*

Ритмы	Конфигурация
Альфа	Синусоидальная (как правило)
Бета	Близка к треугольным вследствие заостренности вершин
Гамма	Часто эти волны могут налагаться на более медленные колебания и поэтому располагаются на записи как выше, так и ниже изоэлектрической линии
Дельта Тета	Многообразны: синусоидальные, округлые, заостренные волны

* Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 207.

Неритмические волны бывают одиночными или сгруппированными. К ним относятся:

1) *острые волны* — колебания с широким основанием и острой вершиной длительностью от 300 до 40 мс, амплитуда острых волн может быть различной;
2) *пики* — колебания, сходные с мелкими острыми волнами длительностью 40–20 мс;
3) *быстрые асинхронные колебания* — колебания потенциала длительностью 10 мс и меньше;

4) так называемая пароксизмальная активность — внезапное появление на ЭЭГ групп или разрядов колебаний потенциалов с частотой и амплитудой, резко отличающейся от доминирующих частот и амплитуд. Эти группы или разряды занимают время от долей секунды до нескольких секунд. Пароксизмальная активность может быть представлена группой острых или медленных волн или различными комплексами волн («пик–волна»).

Выделяют 5 типов ЭЭГ здорового человека: 1) доминирует альфа-ритм, отмечаются и бета-волны; 2) только альфа-ритм; 3) только бета-ритм; 4) доминирует альфа-ритм, отмечаются бета- и медленные волны; 5) доминирует альфа-ритм, имеются и бета-волны, и одиночные пики.

У здорового человека на ЭЭГ существуют выраженные регионарные различия в биоэлектрической деятельности разных областей мозга. Так, альфа-ритм наиболее отчетлив в затылочных отделах мозга, быстрый и медленные ритмы преобладают в передних отделах. Нормальная ЭЭГ может содержать почти все известные ритмы, за исключением дельта-ритма, а если он представлен, то редкими волнами. Характер ЭЭГ имеет свои особенности в зависимости от возраста обследуемого. Основная возрастная тенденция развития ЭЭГ — увеличение амплитуды и учащение колебаний основных компонентов.

Характерные изменения ЭЭГ, имеющие дифференциально-диагностическое значение, установлены преимущественно при отдельных органических заболеваниях головного мозга, сопровождающихся психическими расстройствами.

Выделяют:

- замедление ЭЭГ — снижение частоты и/или угнетение альфа-ритма, увеличение тета- и дельта-активности;
- десинхронизацию ЭЭГ — угнетение альфа-ритма, увеличение бета-активности;
- «уплощение» ЭЭГ — снижение амплитуды ЭЭГ, уменьшение высокочастотной активности;
- нарушение нормальной пространственной структуры ЭЭГ — выраженную межполушарную асимметрию ЭЭГ или сглаживание межзональных различий за счет угнетения или усиления альфа-ритма;

- появление патологических волновых форм ЭЭГ — высокоамплитудных острых волн, пики, комплексы «пик–волна».

При *сосудистых* заболеваниях головного мозга наблюдаются диффузные нарушения регулярности ритмов, появление медленных и острых волн, асинхронных быстрых колебаний, снижение регионарных различий.

Органические расстройства характеризуются биопотенциалами значительно сниженной амплитуды. Аналогичный эффект отмечается, когда нервная ткань замещается соединительной, негенерирующей электрических потенциалов. При формировании патологического очага (*рубцы*, *новообразования*, *кисты*) выявляются высокоамплитудные волны, разряды быстрых электрических колебаний. При новообразованиях существенное значение имеет локализация опухоли. При расположении опухоли в глубинных структурах чаще возникают диффузные изменения в коре головного мозга или в тех ее областях, которые имеют тесные проекционные связи с соответствующей подкорковой областью. При поверхностном расположении опухоли ее локализация имеет значение для проведения оперативного лечения.

При *эпилепсии* наиболее отчетливы и характерны нарушения электрической активности мозга по типу комплексов «пик–волна». Эти комплексы часто регистрируются в эпилептическом очаге, что позволяет локализовать его. При расположении очага в глубинных структурах используются специальные исследования с функциональными нагрузками, что позволяет выявить скрытые нарушения электрической активности. При собственно судорожном припадке регистрируются высокоамплитудные медленные волны или комплексы «пик–волна», которые возникают ранее клинических проявлений припадка.

При *атрофических* процессах отмечаются снижение амплитуды биопотенциалов, упрощение частотного состава, так называемый «машинный» альфа-ритм, слабая реакция на раздражители. При психических расстройствах функционального характера ЭЭГ менее диагностически значима.

Вызванные потенциалы — метод электроэнцефалографического изучения электрической активности, возникающей в ответ

на сенсорную реакцию (зрительные — вспышка света, зрительный образ, слуховые — звуковой щелчок, соматосенсорные — электростимуляция кожи). Комплекс вызванных потенциалов имеет отдельные компоненты с определенными амплитудными соотношениями и значениями пиковой латентности. Для большинства компонентов известна внутримозговая локализация. С помощью данного метода можно выявлять органические поражения сенсомоторной системы по изменениям амплитуды или латентности отдельных компонентов.

Реоэнцефалография (РЭГ) — метод определения тонуса сосудов головного мозга и кровообращения в них.

РЭГ используется для оценки как функционального состояния головного мозга, так и состояния мозговых сосудов при всех заболеваниях с нарушением кровообращения, сосудистого тонуса, эластичности сосудов (атеросклероз, гипертония, острые и хронические нарушения мозгового кровообращения, опухоли, абсцессы).

РЭГ считается патологической, если регистрируются значительное увеличение или уменьшение волны, уменьшение времени распространения волны, форма волны; выявляется картина РЭГ, характерная для человека более старшего возраста, чем пациент.

Эхоэнцефалография (ЭхоЭГ) — метод ультразвуковой локации головного мозга, при которой определяется расстояние от височной кости до медиальных структур с одной и другой стороны головы. Регистрируют отраженные ультразвуковые сигналы, направленные с двух сторон. Если медиальная структура расположена строго посередине, то отраженный импульс будет зарегистрирован на одном и том же месте при измерении как справа, так и слева. Если импульс появляется на разном расстоянии от начала развертки, то, вычитая из большего расстояния меньшее, определяют смещение (в миллиметрах) структур в ту или иную сторону. С помощью ЭхоЭГ выявляют объемные нарушения в головном мозге — опухоли, абсцессы, гематомы (субдуральные и эпидуральные), гуммы, а также острые нарушения мозгового кровообращения.

Допплерография — метод ультразвукового изучения скорости кровотока по магистральным сосудам головы. С помощью

данного метода возможно выявить нарушения коронарного или вертебробазилярного кровоснабжения, а также асимметрию кровотока.

Краниография — рентгенографический метод исследования черепа. К общим изменениям в костях черепа относят появление или усиление «пальцевых вдавлений», остеопороз турецкого седла, усиленный сосудистый рисунок. Такого рода проявления вызываются внутричерепной гипертензией вследствие опухоли, абсцесса, гематомы, а также гидроцефалического синдрома. Изменения, обусловленные непосредственным локальным давлением на кости черепа объемных образований, — турецкого седла (при опухолях гипофиза), расширение внутреннего слухового прохода и деструкция пирамиды височной кости (при невроме слухового нерва). Краниография информативна при опухолях, травмах головы, патологии развития черепа.

Ангиография — метод исследования головного мозга, включающий краниографию с введением контрастных (иногда радиоактивных) веществ. Ангиография наиболее информативна для диагностики сосудистых заболеваний, а также расстройств, сопровождающихся нарушения кровотока в сосудах головного мозга.

Компьютерная томография (КТ) — метод рентгенодиагностики — послойная регистрация плотности мозговой ткани. КТ позволяет определять различия в плотности мозговой ткани, не улавливаемые обычной рентгенографией. КТ с высокой точностью диагностирует опухоли, черепно-мозговые травмы, мозговые дегенерации и разнообразные посттравматические нарушения.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) — метод получения изображения органа при использовании электромагнитных свойств атомных элементов с нечетным числом электронов или протонов. Выделяются взвешенные образы — изображения той или иной структуры органа, полученные преимущественно в режиме визуализации базальных, стволовых и конвекситальных структур, гиппокампа, височной доли. МРТ имеет безусловное преимущество (и превосходит КТ) при выявлении объемных процессов в головном мозге (опухоли, лакунарные инфаркты и др.), снижения плотности и атрофии мозговой ткани. В то же время МРТ не позволяет выявить кальцификаты,

противопоказана больным с кардиостимулятором, а также при наличии в черепе больного металлических тел (постоперационные скобки и т.п.).

Магнитно-резонансная спектроскопия (МРС) — метод оценки мозгового метаболизма путем использования данных спектрального анализа резонансных сигналов (резонансных частот) некоторых атомов (таких как фосфор [^{31}P], натрий [^{23}Na], углерод [^{13}C] и др.), входящих в состав соединений, осуществляющих важнейшие мозговые функции. Благодаря этому при МР-сцинтиграфии можно получить количественную информацию о метаболизме головного мозга и судить о характере нейрохимических процессов в той или иной его области.

Позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) — метод изучения обменных процессов в ткани головного мозга с возможностью одновременного получения данных о мозговом кровотоке. Он основывается на использовании феномена позитронной эмиссии, происходящей во введенном в организм меченном радиоизотопами веществе при его распределении и накоплении в мозговых структурах. Соответствующее вещество, будучи введено в организм, с током крови распределяется по органам, достигает мозга, и излучаемые им позитроны улавливаются детекторами. Изменения в накоплении изотопов в какой-либо области мозга позволяют предположить нарушение нейрональной активности. Подобным же образом могут прослеживаться пути лигандов нейрорецепторов, лекарственных препаратов и т.д. Применение ПЭТ имеет ограничения для применения из-за высокой стоимости, необходимости комплекса специализированной аппаратуры.

Однофотонная эмиссионная томография (ОФЭТ) используется для получения информации о характере кровотока в различных областях головного мозга. Метод основан на регистрации фотонов, испускаемых специальными, введенными в кровь и проникшими через гематоэнцефальный барьер, радиоизотопами.

Функциональная магнитно-резонансная визуализация (ФМРВ) позволяет одновременно изучать метаболизм, кровоток и структурную характеристику головного мозга. При применении ФМРВ фиксируются изменения электромагнитного

сигнала от различных областей головного мозга с одновременной его стимуляцией (сенсорные, когнитивные фармакологические раздражители) стимулами.

Методы нейровизуализации наиболее информативны при диагностике психических заболеваний органического генеза. Результаты исследований, полученные при использовании этих методов, позволяют диагностировать объемные процессы в головном мозге, дифференцировать дементные состояния сосудистого и атрофического происхождения.

Данные применения методов нейровизуализации при функциональных психических расстройствах неоднородны. При шизофрении отмечаются некоторая частота обнаружения расширения боковых и III желудочка, признаки уменьшения объема лобной доли. При аффективных расстройствах, прежде всего при выраженных депрессивных состояниях, выявляется снижение метаболизма в передних отделах левой гемисферы головного мозга.

2.5. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

При обследовании психически больных результаты лабораторных исследований предназначены для определения соматического состояния пациентов, выявления соматических заболеваний, оказывающих влияние на формирование психических расстройств или сочетанных с основным заболеванием. Данные лабораторных исследований позволяют контролировать состояние больного в процессе лечения. Следует иметь в виду, что часто больные не предъявляют соматических жалоб, а также могут излагать их в контексте собственных психических нарушений. Исследования проводятся по правилам, принятым в клинической медицине.

Лабораторное исследование крови и мочи. Исследование крови и мочи делает возможной оценку общего соматического состояния больного, помогает определить признаки побочного действия лекарств (лейкопению, агранулоцитоз), наличие или отсутствие таких заболеваний, как сифилис, ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит и т.д.

Морфологические исследования крови. Для установления инфекционных процессов, интоксикаций и своевременного об-

наружения соматических отклонений (прежде всего тех, что служат противопоказанием для применения отдельных методов терапии), а также сдвигов, возможных при проведении терапии, у больных регулярно определяют гематологические показатели — число эритроцитов, лейкоцитов, формулу крови, содержание гемоглобина, цветовой показатель.

Острые психозы могут сопровождаться нейтрофильным лейкоцитозом (при гипертоксической шизофрении он сочетается с лимфопенией и ускорением СОЭ), также возможны моноцитоз и лимфоцитоз.

При прогрессивном параличе нейтрофилез сочетается с эозинопенией.

Гематологические показатели при эпилепсии неустойчивы. Отмечаются колебания от нейтрофилоцитоза, лимфоцитоза, эозиноцитоза до лейкопении, лимфопении и эозинопении в зависимости от длительности болезни, фазы припадка и межприступного периода.

Биохимические исследования крови и мочи. К психозам с выраженными изменениями биохимических показателей крови и мочи относится гипертоксическая (фебрильная) шизофрения, для которой типичны повышение содержания общего белка и остаточного азота в крови, колебания от гипо- до гипергликемии, гипохлоремия, повышение содержания кортикостероидов; в моче обнаруживают белок, гиалиновые и зернистые цилиндры, повышение содержания 17-кетостероидов и кортикостероидов, измененное содержание хлоридов (все эти сдвиги отражают состояние стресса). Подобные показатели можно наблюдать и при тяжелом психомоторном возбуждении.

При шизофрении выявляются нарушения детоксикационной функции печени с соответствующими изменениями активности трансаминазы, щелочной фосфатазы и других ферментов крови, снижение толерантности к глюкозе, нарушением экскреции гормонов и их метаболитов.

Аффективные психозы характеризуются изменениями биохимических показателей в соответствии с колебаниями настроения: повышению основного фона настроения соответствует тенденция к отрицательному белковому балансу, гипергликемии, повышению гормональных показателей (кортикостеро-

иды, катехоламины и др.), обратные сдвиги наблюдаются при депрессиях.

При алкоголизме нарушается функция печени, что проявляется изменениями печеночных проб, белковых и ферментных сдвигах; при алкогольном делирии возникают лейкоцитоз со сдвигом формулы крови, ускорение СОЭ, повышение содержания холестерина и билирубина.

Специфические биохимические нарушения характерны для некоторых форм олигофрении: при фенилкетунурии повышены содержание фенилаланина в крови и экскреция фенилпировиноградной кислоты с мочой. Фенилпировиноградную кислоту обнаруживают пробой Феллинга с треххлористым железом; проводится обычно у новорожденного на пеленке или фильтровальной бумаге. В лабораторных условиях чаще всего применяют бумажную или ионообменную хроматографию, а также микробиологический метод (экспресс-метод Гатри).

При некоторых формах олигофрении наблюдается общая гипераминоацидурия. При болезни Гартунга она сочетается с увеличением экскреции индикана и 3-оксииндолуксусной кислоты, при болезни Вильсона — с уменьшением содержания церулоплазмина в крови и его способности связывать медь.

При длительной терапии аффективных нарушений препаратами лития систематически определяют содержание лития в крови: 3–4 раза на протяжении первого месяца лечения и 1–2 раза в последующие месяцы, при продолжительном (профилактическом) лечении — один раз в 3–4 мес. Применяемая доза препарата должна обеспечивать содержание лития в крови не более 0,06–0,8 ммоль/л.

Во время лечения психофармакологическими препаратами целесообразно также периодически оценивать функциональное состояние печени.

Дексаметазоновый тест — методика определения депрессии. Определяется подавлением выработки адренокортикотропного гормона при введении синтетического гормона (дексаметазона) в норме и отсутствием супрессии у больных с депрессивными состояниями. Результаты теста имеют прогностическое значение для выбора терапии. Методика включает прием пациентом внутрь 1 мг дексаметазона в 23 часа, на наличие патоло-

гии (отсутствие супрессии) указывает концентрация кортизола (гидрокортизона) в крови более 5 мкг/100 мл в 8, 16, 23 часа следующего дня.

Серологические исследования крови. Наиболее часто используется реакция Вассермана для выявления нейросифилиса. Реакция Вассермана проводится как с антигенами из трепонем, так и с неспецифическими антигенами. Для исключения неспецифических изменений эту реакцию часто проводят в комплексе с осадочными реакциями (реакции Кана, РИФ, РИТ).

Используются также реакции на *токсоплазмоз* — реакция связывания комплемента с токсоплазмозным антигеном, реакция с красителем Фельдмана.

Исследование ликвора. Ликвордиагностика информативна при психических заболеваниях, обусловленных поражениями мозга, — травматических, инфекционных, сосудистых, а также состояниях, сопровождающихся повышением проницаемости гематоэнцефалического барьера (интоксикационные психозы, инфекционно-токсические состояния с нарушениями психики, острые стадии эндогенных психозов, гипертоксическая шизофрения). Объем ликвора у взрослого человека составляет 120–150 мл. Нормальное давление жидкости в положении сидя до 300 мм вод. ст., лежа — 100–200 мм вод. ст. Давление увеличивается при воспалительных процессах мозговых оболочек и сосудистых сплетений, при нарушении оттока жидкости в связи с повышением давления в венозной системе. Нарушение проходимости субарахноидального пространства может сопровождаться изменением давления жидкости.

Нормальная спинномозговая жидкость бесцветна и прозрачна. При свежем кровоизлиянии она приобретает цвет крови, желтый, бурый цвет обусловлен накоплением продуктов распада гемоглобина и наблюдается в поздние сроки после кровоизлияний, при опухолях, венозном застое, зеленовато-мутный цвет ликвора отмечается при гнойных менингитах, черный — при меланомах. Помутнение спинномозговой жидкости может быть обусловлено увеличением числа клеточных элементов, присутствием микроорганизмов, высоким содержанием фибриногена. Выпадение фибрина характерно для гнойных менингитов, фибринозная пленка фиксируется на поверхности жидкости при туберкулезном ме-

нингите. Относительная плотность спинномозговой жидкости в норме 1,005–1,008, она повышена при воспалительных процессах, снижена при избыточной продукции жидкости. В норме pH — 7,35–7,8, снижается при менингитах, энцефалитах, прогрессивном параличе, повышается при прогрессивном параличе (до лечения), сифилисе мозга, эпилепсии, алкоголизме.

Существенную роль играют коллоидные реакции: реакция Ланге («золотая реакция»), коллоидная мастичная реакция, реакция Таката. Используются биохимические и серологические реакции (реакция Вассермана, Закса—Витебского, Кана, РИТ, РИФ), бактериологические и вирусологические исследования.

Анализ спинномозговой жидкости имеет ведущее диагностическое значение для прогрессивного паралича и сифилиса мозга. Давление жидкости в этих случаях может быть повышенным или остается нормальным. При прогрессивном параличе жидкость обычно бесцветна и прозрачна. При ее биохимическом исследовании определяются умеренное повышение белка и повышение белкового коэффициента, положительные глобулиновые реакции и увеличение фракции иммуноглобулинов до 60%. Наиболее специфичные отклонения отмечаются при реакции Ланге — ее кривая выражается цифрами 224653111111111 (сифилис головного мозга), 556653221111111 (прогрессивный паралич), нормальная реакция характеризуется цифрами 121111111111111. Слабоположительные реакции могут наблюдаться при медленно развивающихся формах болезни и в случаях ранее проведенной терапии. Содержание клеточных элементов в спинномозговой жидкости при прогрессивном параличе может быть повышенным. Иногда наблюдается выраженный плеоцитоз, но эти изменения более характерны для сифилиса мозга. Если клеток много, жидкость становится мутной (менингоэнцефалитные формы болезни). Обычно ликвор при сифилисе мозга бесцветен и прозрачен. Реакция Вассермана в большинстве случаев положительна (за исключением леченых случаев).

При экзогенных психозах основное (а иногда и единственное) изменение — увеличение числа клеточных элементов и белка в спинномозговой жидкости. Цитоз может колебаться от 20–30 до 200–300 клеток, содержание белка умеренное, ино-

гда положительны глобулиновые реакции, изменены коллоидные реакции. Строгой тождественности между выраженностью психических расстройств и указанными сдвигами не отмечается, но фиксируются определенные особенности в зависимости от характера экзогенного влияния. При психозах, обусловленных сыпным тифом, наряду с изменениями белка отмечено повышение сахара, хлоридов и мочевины, при скарлатине плеоцитоз может не сопровождаться значительным повышением белка, но повышен остаточный азот. При неосложненных формах бруцеллеза отмечаются плеоцитоз за счет лимфоцитов при нормальном или незначительном увеличении содержания белка, коллоидные реакции со сдвигом вправо, снижение содержания сахара, положительная реакция Райта. При эпидемическом энцефалите возможно повышение содержания сахара.

Сосудистые психозы (атеросклероз, гипертоническая болезнь) отличаются повышенным давлением ликвора, увеличением содержания белка при нормальном цитозе. При субарахноидальном кровоизлиянии меняется цвет жидкости — от красного (свежее кровоизлияние) до желтого и бурого (на 7–10-й день после кровоизлияния).

При алкоголизме большой давности могут отмечаться появление ацетона и ацетоуксусной кислоты, увеличение pH. При алкогольном делирии увеличено общее содержание белка, азота, фосфора, могут быть положительными глобулиновые реакции.

При олигофрениях ликвор часто имеет нормальный состав. В отдельных случаях при болезни Дауна изменяются коллоидные реакции, может быть положительной реакция Вассермана. Гидроцефалия при олигофрениях может достигать большой выраженности с резким увеличением объема жидкости, уменьшением общего белка. Иногда увеличено содержание кальция.

Приобретенное слабоумие (сенильные и пресенильные изменения психики) сопровождается некоторыми сдвигами — повышением холестерина и сахара, а также глобулиновой фракции белков при отсутствии значительных белковых (общий белок, белковый коэффициент) изменений.

Бактериологические исследования ликвора предназначены для выявления возбудителей различных инфекций: кокковой группы (менинго-, стафило- и стрептококки) при менингитах

и абсцессах мозга, бледной трепонемы — при нейросифилисе, микобактерии туберкулеза — при туберкулезном менингите.

Вирусологические исследования спинномозговой жидкости проводятся для установления вирусной этиологии заболевания.

2.6. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Изучение изменений структуры органов и тканей при различных психических заболеваниях, определение характера и локализации патологического процесса, установление диагноза психического (и соматического) заболевания, причины смерти — определяются патологоанатомическим исследованием. Патологоанатомический диагноз в психиатрии — совокупность клинических, биологических и морфологических данных о проявлениях и особенностях заболевания, его динамике и исходе. Морфологические изменения органов и тканей могут быть вызваны не столько основным психическим, но и сопутствующим соматическим заболеванием. В морфологической картине также фиксируются проводившаяся терапия и возрастные изменения.

Патологическая анатомия отдельных психических заболеваний

Соматогенные психозы. Гистологически — аноксические или токсические энцефалопатии с выраженными дистрофическими изменениями нервных клеток. Гиперпластические реакции глии, как правило, отсутствуют, имеются признаки нарушения ее клеток (цитолиз, набухание и др.).

Ревматизм головного мозга — фиброз оболочек мозга и стенок сосудов. Гистологически — инфильтративные узелки (конвалюты — клубки) капилляров, вокруг них оживлена реакция микроглии. При эмболической форме ревматизма мозга макроскопически могут отмечаться кисты размягчения, гистологически — дисциркуляторный синдром и явления аноксической энцефалопатии.

Алкоголизм — точечные и пятнистые кровоизлияния в области стенок III желудочка, ствола мозга, реже мозолистого тела и мозжечка. Гистологически — мелкие кровоизлияния и их последствия, глиозная реакция, дистрофические изменения нервных клеток (токсическая энцефалопатия).

Атеросклероз и гипертоническая болезнь — отмечаются атеросклероз стенок сосудов мозга, острые и хронические очаговые поражения (кровоизлияния, инфаркты, кисты). Гистологически: гипоксическая энцефалопатия.

Сифилис мозга — гуммозные формы лептоменингита с единичными микрогуммами.

Прогрессивный паралич — помутнение (фиброз) мягких мозговых оболочек, диффузная атрофия коры и снижение массы мозга, наружная гидроцефалия и так называемый эпендимит в виде мелкой зернистости (гранулы) на эпендиме желудочков мозга. При проведенной ранее терапии прогрессивного паралича изменения могут быть маловыраженны. Гистологически: хронический менингоэнцефалит с лимфоидно-плазматическими периваскулярными инфильтратами и гиперплазией палочковидной микроглии. Фиксируется выраженное опустошение коры головного мозга, а также дистрофические изменения нервных клеток. В случаях, когда терапии прогрессивного паралича не проводилось, в ткани мозга можно выявить трепонемы при использовании стандартных иммунных люминесцирующих сывороток.

Эпидемический энцефалит. Признаки воспалительного процесса в различных отделах головного и спинного мозга, главным образом в стволе мозга. В хронической стадии — атрофические изменения (наряду с воспалительными): гибель клеток и рубцовые изменения (преимущественно в черном веществе).

Клещевой (весенне-летний) энцефалит — диффузный менингоэнцефалит. Воспалительно-пролиферативные изменения выражены в передних рогах шейного утолщения спинного мозга и в клеточных группах моста мозга, продолговатого и среднего мозга, иногда поражается белое вещество.

Энцефалит острый некротический — обширные очаги некроза мозговой ткани с преимущественным поражением височной, затылочной и лимбической областей. Микроскопически: внутриядерные включения в нейронах, астроцитах и олигодендритах.

Энцефалит подострый склерозирующий — подострый панэнцефалит с внутриядерными включениями в нейронах, очагами демиелинизации в белом веществе и разрастанием глиозных узлов.

Энцефалит периаксиальный Шильдера — диффузный лейкоэнцефалит с обширными очагами коричневого и серого размягчения в белом веществе мозга. Микроскопически: тотальная демиелинизация с разрастанием глии.

Комариный летне-осенний энцефалит — воспалительные изменения, очаги некроза мозговой ткани и дегенеративно-токсические изменения в различных корковых и подкорковых областях.

Сенильная деменция — диффузная атрофия мозга — истончение извилин и расширение борозд мозговой коры, гидроцефалия головного мозга, истончение дна III желудочка, возможно сдавление гипофиза. Гистологически: в паренхиме мозга многочисленные синюшные бляшки. Зрелые сенильные бляшки представляют собой отложения амилоида и окружающих его дистрофических клеточных элементов (дендриты и аксоны нервных клеток, клетки глии). Особенно много сенильных бляшек в коре и гипоталамусе, также они встречаются в белом веществе и подкорковых узлах. Количество нейронов значительно уменьшено. Фиксируются сморщенные и нагруженные липофусцином нервные клетки, иногда клетки с ишемическими изменениями и набуханием, а также с некрозом и дистрофическими изменениями. Отмечается продуктивная реакция глии: пролиферация астроцитов, набухание и отечность олигодендроглии, гиперплазия клеток микроглии.

Болезнь Альцгеймера — на фоне диффузной атрофии коры головного мозга отмечаются особо выраженные атрофические процессы в теменных и затылочных областях. Гистологически: распространенные сенильные бляшки в паренхиме мозга и нервные клетки с измененными нейрофибриллами.

Болезнь Пика — атрофия лобных, реже височных долей. Твердая мозговая оболочка уплотнена, морщиниста. Отмечается атрофия коры и белого вещества мозга, границы между серым и белым веществом нечеткие. Гистологически: атрофия и выпадение нервных клеток, особенно в первых трех слоях коры. В 5-м слое нередко наблюдается набухание пирамидных клеток. В этих клетках отмечаются гомогенизации цитоплазмы и появление «аргентофильных шаров», оттесняющих к периферии клетки все другие ее элементы. Встречаются также набухшие клетки

с полностью гомогенизированной и аргентофильной цитоплазмой. В типичных случаях болезни Пика отсутствуют сенильные бляшки и изменения нейрофибрилл альцгеймеровского типа. Нейроны и глиальные клетки нагружены липоидами; отложение липоидов можно встретить и в адвентиции сосудов.

Хорея Гентингтона — поражаются преимущественно мелкие клетки полосатого тела при одновременной диффузной атрофии ганглиозных клеток коры головного мозга, иногда более выраженной в лобных долях.

Болезнь Паркинсона. Атрофические процессы ограничены и распространяются главным образом на систему черного вещества головного мозга.

Болезнь Крейтцфельдта—Якоба — нерезкая атрофия головного мозга, который имеет иногда «губчатый» вид. Микроскопически: дегенерация нейронов, распространенная пролиферация астроцитов с характерными спонгиоформными изменениями серого вещества.

Олигофрении:

- *болезнь Дауна* — гипоплазия верхних височных извилин, укорочение ножек мозга. Гистологически: нарушения цитоархитектоники коры больших полушарий головного мозга, гиппокампа, продолговатого мозга, мозжечка; изменения, аналогичные таковым при болезни Альцгеймера (старческие бляшки, изменения нейрофибрилл альцгеймеровского типа);
- *фенилкетонурия* — гистологически: нарушения миелинизации, глиоз;
- *сфинголипидозы* включают амавротическую идиотию (болезнь Тея—Сакса), болезни Гоше, Нимана—Пика и др. Гистологически: увеличены нейроны вследствие накопления в них липидов, кистозное перерождение нейронов, грубые изменения миелиновых волокон. Часто накопление липидов обнаруживается также в ретикулоэндотелиальных элементах внутренних органов (печень, селезенка, лимфатические узлы).

Туберозный склероз — неправильное развитие и уплотнение отдельных извилин головного мозга. Гистологически: уплотненные извилины, «большие нейроциты» коры.

Шизофрения — преимущественно при гипертоксической форме — отек и набухание, резкое полнокровие мозга с выраженной гиперемией мягких мозговых оболочек и вещества, точечные кровоизлияния.

Гистологически: дистрофическая (токсико-аноксическая) энцефалопатия. Отмечаются: сморщивание, атрофия и мелкоочаговые (не связанные с сосудами) выпадения нервных клеток, ареактивность глии.

Изменения нейронов и глии особенно заметны при гипертоксической шизофрении, когда гистологическая картина определяется дисциркуляторным синдромом (набухание тел и остатков клеток, их вакуолизация, ишемические изменения клеток, периваскулярные кровоизлияния, отеки и т.д.).

Биполярное аффективное расстройство — выраженных изменений в ткани головного мозга и внутренних органов не выявлено, возможны отдельные измененные клетки (с явлениями набухания, сморщивания и т.п.).

Функциональные психозы позднего возраста — преимущественно картина возрастных (сосудистых) изменений.

2.7. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-генетические данные позволяют более точно прогнозировать течение и исход заболевания. Этот подход открывает перспективы для дальнейшего изучения природы психических болезней, понимания истинной роли наследственности и среды в их этиологии и патогенезе.

В клинической психиатрии используются следующие методы генетического исследования.

Генеалогический метод — в основе метода лежит клинико-генетический анализ родословной пробанда, страдающего тем или иным наследственным заболеванием. Генеалогический метод используют для установления модуса наследования заболевания или его отдельного симптома, изучения наследственного полиморфизма и гетерогенности клинических проявлений болезни, изучения сцепления генов, анализа мутационного процесса, медико-генетического консультирования. Изучение семей пробандов, страдающих психическими болезнями (эндогенного и эн-

догенно-органического характера), выявило накопление в них психотических и личностных расстройств. В семьях больных эндогенными психозами отмечаются варианты переходных, неразвитых форм болезни.

Генетико-корреляционный метод позволяет определить пороговую предрасположенность к формированию эндогенных заболеваний. С помощью данного метода установлено, что значимо различаются полярные варианты эндогенных психозов. Так, в зависимости от типа течения шизофрении выявляются определенные различия в группах генетических локусов.

Существенное значение в изучении роли наследственности для развития психических эндогенных расстройств имеет выявление их генетических определителей — маркеров (биохимические, иммунологические, физиологические и др.), являющихся показателем наследственной предрасположенности к развитию болезни.

Определена прогностическая значимость моноаминоксидазы (МАО) тромбоцитов. При пониженной активности МАО отмечается повышенное количество родственников с различными формами психических нарушений.

Таким образом, понижение активности МАО можно рассматривать как прогностический показатель предрасположенности к психическим расстройствам.

Близнецовый метод. С помощью данного метода можно определить значимость наследственных факторов по результатам сравнения конкордантности (совпадения) по анализируемому признаку монозиготных (однояйцовых) и дизиготных (двуяйцовых) близнецов. Внутрипарные различия позволяют определять соотношение наследственных и средовых факторов, определяющих возникновение психических расстройств. Изучение клинических особенностей заболевания у близнецов и их ближайших родственников позволяет определить роль наследственного предрасположения к тем или иным расстройствам психики. В то же время при всей очевидной значимости наследственной предрасположенности к возникновению эндогенных психических заболеваний исключить влияние макросоциальных, средовых факторов не представляется возможным. Определение этих факторов и раскрытие механизмов их взаимодействия с ге-

нотипом, предрасполагающим к развитию психоза, может быть использовано для разработки профилактических мероприятий.

С помощью медико-генетического консультирования возможно выделение групп повышенного риска возникновения эндогенных психозов, кроме того, с помощью данного метода можно устранить влияние постоянных средовых факторов, предрасполагающих к развитию психозов. В настоящее время определенные прогнозы возможны лишь в отношении моногенно наследуемых психических заболеваний. Во всех других случаях прогноз основывается на данных эмпирического риска, который составляет 35–40%.

2.8. МЕТОД СТАНДАРТИЗОВАННОГО ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Стандартизированные методики оценки психопатологических данных предназначены для разработки единого подхода исследователей к классификации качественных и количественных характеристик клинических проявлений психических расстройств, а также эффективного использования интегративных, общеприемлемых, среднестатистических критериев диагностики нарушений, снижения влияния субъективизма различных психиатрических школ. Стандартизированные методики используются при проведении социально-статистических, эпидемиологических исследований, изучении терапевтической эффективности лекарственных средств и их побочных действий. Стандартизированные методики подразделяются на шкалы самооценки (пациентом) и шкалы оценки больного наблюдателем (врачом, медицинским персоналом, лицом из окружения больного). По характеру клинической значимости современные шкалы могут быть подразделены на диагностические шкалы психопатологических состояний больного, шкалы для оценки отдельных синдромов, стандартизированные схемы заполнения истории болезни. Диагностические шкалы предназначены для классификации состояний внутри группы расстройств, установления корреляции с биологическими и генетическими показателями, выявления динамики психических расстройств с различными терапевтическими воздействиями, определения

прогностически значимых показателей. Количество шкал в настоящее время весьма значительно, ниже приводятся наиболее часто употребляемые методики.

Шкалы для оценки психического статуса

Шкала оценки психического статуса (*Present state examination* — PSE) предназначена для оценки тяжести психических нарушений у больного, включает глоссарий симптомов и карту их оценки. В методику включены симптомы, характеризующие различные психопатологические состояния, — оценка здоровья, тревога, мышление, заторможенность, возбудимость, депрессивное настроение, экспансивное настроение, расстройства восприятия, инсомния, нарушения речи, навязчивости, бред, злоупотребление лекарствами и др. С помощью математического анализа выявляются взаимокоррелируемые симптомы. Совокупность синдромов, определенных у больного, позволяет установить окончательный диагноз.

На основе различных разделов PSE разработана *диагностическая шкала шизофрении* (Диагностическая шкала Карпентера), включающая набор признаков шизофрении; диагноз определяется количеством признаков, выявленных у больного.

Шкала клинической оценки в нейропсихиатрии (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* — SCAN) содержит перечень сгруппированных признаков и шкалу оценки клинической динамики состояния больного.

Исследовательские диагностические критерии (*Research Diagnostic Criteria* — RDC) (Spedzer R., Endicott J., Robins E., 1978) включает набор критериев, используемых для описания и формирования гомогенной группы больных с психическими расстройствами. С помощь данной методики можно проводить диагностику непосредственного состояния больного и оценить динамику заболевания. В оценку болезни входят психопатологические синдромы, их длительность, наличие определяющих болезнь аффективных синдромов, подтип течения с временными характеристиками и тип течения с феноменологической картиной.

Диагностическая шкала для оценки аффективных расстройств и шизофрении (*The Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia* — SADS) включает вариант для описания на-

стоящего и предшествующих эпизодов заболевания и вариант, предназначенный для диагностической оценки амнестических данных.

Диагностическая Ньюкастлская шкала депрессий (*Newcastle diagnostic depression scale*, имеет модификации NI, NII) ориентирована на выявление признаков эндогенной и психогенной депрессий. Включает симптомы депрессии, а также признаки нарушения сна, снижение массы тела, адекватности личного реагирования, анамнестические данные. Каждый из признаков ранжирован по степени значимости.

Шкала оценки позитивных симптомов (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms* — SAPS) включает перечень характерных позитивных симптомов — иллюзий, галлюцинаций, нарушений мышления и др., которые оцениваются от 0 до 5.

Шкала оценки негативных симптомов (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms* — SANS) содержит перечень негативных симптомов (аффективного уплощения, апатико-абулического синдрома, алогии и др.).

Шкала позитивных и негативных синдромов (*Positive and Negative Syndromes Scale* — PANSS), включает 3 шкалы, которые могут быть использованы как в комплексе, так и самостоятельно. В шкалах выделены позитивные расстройства (бред, идеи величия и преследования, возбуждение, галлюцинации, нарушения мышления), негативные расстройства (притупление аффекта, эмоциональная отгороженность, трудности в общении, пассивно-апатическая отгороженность, нарушения абстрактного мышления и речи) и общие нарушения. Психопатологические признаки в шкалах оцениваются градуированно. Прилагаются глоссарии стандартизированной оценки признака заболевания.

Шкала Гамильтона для оценки депрессий (*Hamilton psychiatric rating scale for depression* — HDS, HAMD) используется для оценки тяжести депрессии у больных с аффективными расстройствами, позволяет оценивать эффективность проводимой терапии. Шкала включает перечень признаков депрессивных нарушений (от 17 до 24) с градуированной оценкой их интенсивности.

Шкала Монтгомери и Асберга для оценки депрессий (*Montgomery — Asberg Depression Rating Scale* — MARDS). Шкала

предназначена для оценки тяжести депрессий и динамики нарушений в процессе лечения. Содержит 10 основных признаков депрессии и набор глоссариев для оценки динамики нарушений.

Шкала Цунга для самооценки депрессий (*The Zung self-rating depression scale*) используется для клинической диагностики депрессий и при проведении клинических испытаний антидепрессантов. Оценка состояния больного проводится по группам симптомов — расстройство настроения, симптомы психомоторных нарушений, соматические и специфические симптомы, суицидальные мысли и др.

Шкала общего клинического впечатления (*Clinical Global Impression Scale* — CGI). Используется после клинической оценки состояния больного — сравнивают результаты перед началом лечения и после завершения курса терапии. Методика включает 3 субшкалы — отражающие оценку тяжести состояния, общую степень улучшения и индекс эффективности, рассчитываемый по совокупности терапевтического эффекта.

Шкала обсессий и компульсий Иеле—Брауна (*Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale* — Y-BOCS) позволяет произвести оценку общей выраженности обсессивно-компульсивных феноменов и их дифференцированных подтипов. Шкала содержит 16 пунктов-симптомов, охватывающих практически весь диапазон клинических проявлений указанного расстройства (обсессивные нарушения — идеаторные навязчивости; компульсивные нарушения — двигательные навязчивости и ритуалы, патологические сомнения, обсессивную заторможенность и др.). Симптомы ранжируются по степени тяжести от 0 до 4. В шкале предусматривается возможность отдельной оценки степени дезадаптации, связанной с обсессивно-компульсивными нарушениями (избегание, способность контролировать обсессии и компульсии, степень критичности). После заполнения шкалы рассчитывается суммарный балл. Может быть проведена и оценка тяжести отдельных проявлений указанного расстройства. Рассматриваемая шкала часто используется в клинической практике вместе со шкалой общего клинического впечатления.

Выделяют также шкалы оценки состояния геронтопсихиатрических больных, применяемые для оценки тяжести когнитивных функций и уровня социальной дезадаптации.

Шкала стадий развития деменций (*Clinical Dementia Rating* — CDR) — структурированное интервью, определяющее состояние памяти, ориентировку, возможность решения проблем, социальной адаптации.

Шкалы для оценки побочных действий терапии

Шкала Вебстера (*Webster Rating Scale* — WRS). Применяется для оценки выраженности экстрапирамидных расстройств при терапии нейролептиками. Определяются брадикинезия, ригидность, позы, походка, тремор, мимика, размах содружественных движений.

Шкала патологических непроизвольных движений (*Abnormal in voluntary Movement Scale* — AIMS). Двигательные гиперкинезы в шкале сгруппированы по их локализации. Оценка проводится по 4-балльной системе по отдельным группам мышц и в целом.

Шкала оценки побочного действвия (*UKU Saide-Effect Rating Scale*) (Lingjaerde O., Alhlfors U., Bech P., 1987). Преимущественно модификации шкалы используются для исследования отдельных классов (вариантов) психотропных средств. Наличие и выраженность побочных эффектов оцениваются от 0 до 3.

Следует отметить ежегодное увеличение предлагаемых шкал, поэтому перечислены наиболее часто применяемые в психиатрических исследованиях.

Для адекватного использования шкал необходимо: единство (тождественность) клинических материалов, однотипность и надежность оценки результатов одним и более исследователем, воспроизводимость шкал у различного контингента больных, пригодность результатов для статистико-математического анализа.

Оценочные шкалы служат дополнительным инструментом для получения определенной информации о состоянии и динамике расстройств у больного и не могут полностью заменить клинической диагностики психических заболеваний.

2.9. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ

Эпидемиологический метод применим для выявления роли внешних условий и внутренних факторов в возникновении, те-

чении и исходе заболевания, для разработки социально-трудовой адаптации больных и оценки эффективности лечения. На результатах эпидемиологических исследований основываются планирование психиатрической помощи и совершенствование лечебно-профилактических программ.

Выделяют следующие варианты эпидемиологического исследования:

- *описательный* — получение данных о психической заболеваемости и болезненности населения;
- *аналитический* — изучение роли различных факторов в происхождении и особенностях течения заболеваний;
- *экспериментальный* — изучение возможностей и последствий воздействия на заболеваемость и болезненность населения (в ограниченных масштабах).

Важнейшие показатели:

- *заболеваемость* — число новых случаев болезни, появившихся за год;
- *болезненность* — число всех психически больных на определенный момент (оба эти показателя определяются на 1000 или 10 тыс. населения);
- *риск заболевания* — вероятность появления заболевания у каждого человека в том или ином возрастном периоде.

Эпидемиологические исследования в психиатрии могут проводиться с различными задачами и целями. Основным условием эпидемиологического исследования является изучение невыборочных групп больных, проживающих среди населения того или иного района, коллективов людей, объединенных другими существенными признаками: условиями работы, профессией и т.д. (популяция). Формирование тематических групп — одна из важных предпосылок эпидемиологического исследования. В связи с большим объемом исследования при изучении заболеваемости или болезненности среди больших групп населения прибегают к составлению репрезентативных групп населения или больных. В основе формирования таких групп должно быть наличие одинаковых для каждого члена популяции условий попадания в эту группу. Сформированная репрезентативная группа должна отражать в пропорциональном соответствии все качественные характеристики основной популяции. Эпидемиологические ис-

следования могут проводиться как на анализе прошлых событий и установления их значимости в происхождении и развитии болезней (ретроспективный метод), так и при непосредственном прослеживании определенных групп населения, больных (метод выделения когорт) с целью выявления факторов, имеющих этиологическое или патогенетическое значение. При ретроспективных исследованиях имеются уже сложившиеся группы тематических наблюдений, поэтому усилия и время затрачиваются только на изучение материалов наблюдения и анализ полученных данных. При перспективных наблюдениях требуется время для того, чтобы в реализации риска заболевания или обострения состояния проявили свое патогенное влияние те или иные вредности. Необходимо какое-то время, чтобы оценить профилактическое действие различных факторов на заболевание. Следует учитывать, что миграция населения, а среди него — и больных, часто изменяет состав когортных групп. Вместе с тем при перспективном (когортном) исследовании можно получить четкую и исчерпывающую характеристику всех показателей изучаемых больных, населения, что невозможно при ретроспективном исследовании за давностью времени. Получаемые с помощью эпидемиологического метода данные о психической заболеваемости и болезненности населения являются ведущей предпосылкой для решения многих практических вопросов. Эти данные составляют основу разработки научно обоснованного планирования психиатрической помощи. С учетом тенденции динамики заболеваемости и болезненности, а также особенностей развития демографических изменений в численности населения возможно длительное перспективное планирование организации психиатрической помощи.

Другой важный аспект эпидемиологических исследований, основывающийся на данных заболеваемости и болезненности, — изучение роли различных факторов в происхождении и особенностях течения заболеваний. Выделение этих этиологически и патологически значимых факторов помогает в разработке вопросов этиологии и патогенеза заболеваний, способствует подготовке профилактических мероприятий. Выделение эпидемиологически значимых факторов (этиологических и патогенетических) возможно лишь при соблюдении строгой системы научного анализа эпидемиологических данных. Факторы могут

быть первичными и вторичными, независимыми и производными. Для оценки этиологической и патогенетической значимости того или иного фактора целесообразно проводить эпидемиологические исследования в тех группах населения, где тот или иной фактор или комплекс условий (например, физические вредности, инфекции, психический стресс и др.), имеющие возможное эпидемиологическое значение, наиболее широко распространены. Однако следует иметь в виду, что выявление этиологически и патогенетически значимых факторов не всегда связано с причинами развития тех или иных психических заболеваний, так как эти вопросы могут быть решены лишь с помощью специальных лабораторных исследований. Факторы, способные оказывать влияние на тот или иной уровень частоты заболевания среди населения (условно называемые эпидемиологическими), могут быть связаны как с внешней, так и с внутренней средой человека (чувствительные возрастные периоды онтогенеза и конституциональные особенности). Сравнительно легко могут быть выявлены факторы, непосредственно определяющие возникновение и специфику болезненного процесса. В то же время большие трудности представляет выявление факторов, действующих задолго до проявления болезненного процесса, или в случаях, когда болезненное действие фактора реализуется при наличии других дополнительных условий. В изучении этиологических факторов важное значение имеет применение надежной системы оценки наблюдения, в определении же патогенетических факторов оценка динамики болезни должна быть дана в дискретных характеристиках, отражающих видоизменение ее существенных особенностей. При анализе результатов эпидемиологического исследования следует соблюдать общие принципы и правила, которые определяются задачами исследования, которыми могут быть характеристики признаков заболевания и стандартизации показателей. Показатели заболеваемости и болезненности следует приводить в интенсивных стандартизированных величинах, т.е. в пересчете на 1000 и 10 тыс. человек. Стандартизация особенно важна при сравнительных эпидемиологических исследованиях. Например, без учета возрастного и полового состава населения двух сравниваемых регионов можно сделать неправильные выводы о распространенности отдельных форм психических рас-

стройств, частота проявлений которых связана с признаком пола и пожилым возрастом больных. К общим принципам определения задач исследования относится и установление особенностей (зависимых или независимых) изучаемых факторов.

Сравнительное изучение возникновения, распространенности, течения и клинических особенностей в различных этнических группах и регионах, отличающихся культуральными и экономическими условиями, представляет одно из важнейших направлений современных эпидемиологических исследований. Такое изучение составляет предмет транскультуральной (кросс-культуральной) психиатрии. Общепсихиатрическое значение транскультуральных исследований заключается прежде всего в том, что они дают ценный материал для суждения о значимости и соотношении этиологических и патогенетических факторов, оказывающих влияние на возникновение и развитие тех или иных психопатологических явлений, о соотношении социальной и биологической обусловленности этих нарушений.

Влияние особенностей культуры на психопатологические явления осуществляется благодаря неразрывной связи психических процессов с характером обусловленных культурой видов деятельности. Эта связь реализуется в процессе социализации в период детства, а также при формировании социальных ролей и в последующем оформлении индивидуального опыта. Степень влияния культуры на возникновение и развитие тех или иных психических нарушений будет зависеть от соотношения социальных и биологических факторов в генезе указанных нарушений. Роль культуры может быть рассмотрена на уровне нозологии, формо- и синдромообразования. На нозологическом уровне особенности культуры сказываются на структуре пограничных состояний, в которых социальные факторы играют наибольшую роль. Некоторые формы пограничных состояний описывались только в определенных культурах. Современная динамика этнических процессов, сопровождающаяся культурной трансформацией, привела к уменьшению частоты или исчезновению некоторых (например арктической истерии) заболеваний. В этой связи могут быть упомянуты многочисленные исследования, свидетельствующие об отмечаемом изменении соотношения различных типов неврозов.

Установление идентичности во всех культурах клинических форм заболеваний позволяет предположить обусловленность их возникновения преимущественно или исключительно биологическими факторами. Разница в частоте форм и клинических вариантов одного и того же заболевания может быть социально обусловлена. Это позволяет ставить вопрос о возможной зависимости формообразования от особенностей воспитания, принятого в данной культуре, свойственных ей форм реагирования и т.п. В культурах, поощряющих максимальную сдержанность и отсутствие аффективных проявлений в поведении, часты депрессивные явления. В обществе с высокой степенью терпимости к индивидуальным особенностям поведения или не предъявляющих высоких требований к уровню социальной включенности шизотипическое расстройство не рассматривается как заболевание. Но выраженные психотические состояния (особенно протекающие с тяжелыми расстройствами поведения) расцениваются как болезненные практически в любой культуре. Значение культуры также может быть рассмотрено на уровне синдромообразования. Сопоставление распространенности и характера психопатологических синдромов в транскультуральных исследованиях может иметь общепсихиатрическое значение, поскольку позволяет получить существенные данные о роли социально-культурных факторов в патопластике, о том, какое влияние культура может оказывать на психопатологические проявления при различных заболеваниях. Влияние особенностей культуры на синдромологическую картину заболевания может опосредоваться через определенные физиологические механизмы, преимущественное использование которых культурально обусловлено. Это соответствует методологическим концепциям, рассматривающим все патогенетические факторы, как факторы внешней среды (биологической и социальной), действующие на протяжении жизни не одного, а многих поколений, и постулирующим возможность наследственного закрепления социально, в том числе культурально, обусловленных свойств, в частности, выявленные особенности клинической картины у коренного и пришлого населения.

Транскультуральные исследования имеют важное методологическое значение, поскольку требуют особенно четкой разработки клинико-эпидемиологических подходов, строгого определе-

ния понятий, которые при исследованиях в рамках одной культуры нередко оцениваются интуитивно или представляются само собой разумеющимися. Выбор региона для транскультуральных исследований предполагает наличие существенных особенностей в сопоставляемых культурах (что облегчает выявление значимых культурных влияний), а также позволяет получить наиболее полную и достоверную информацию о лицах с нарушениями психического здоровья.

Эпидемиологические исследования могут найти применение в оценке эффективности работы различных психиатрических служб и мер по социально-трудовой реабилитации психически больных. Они могут помочь в установлении полноты и сроков выявления больных, своевременности правильной диагностики и назначения необходимой терапии, доступности различных видов психиатрической помощи для отдельных групп населения.

3 ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Общая психопатология изучает общие закономерности возникновения и развития психических нарушений, а также конкретные признаки характеристики заболевания — *симптомы и синдромы*.

3.1. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

К расстройствам **восприятия** относятся *иллюзии*, *галлюцинации*, *психосенсорные расстройства*, *явления дереализации и деперсонализации*.

Иллюзии — искаженное восприятие реально существующих предметов, нередко возникающее под влиянием тревоги, чувства страха, ощущения чего-то значимого для личности. Так, в темное время суток больной принимает пальто в прихожей за фигуру притаившегося человека, в речи окружающих слышит свое имя, угрозы, оскорбления. Иллюзии могут наблюдаться со стороны различных органов чувств (слуховые, зрительные, обонятельные и т.д.).

Галлюцинации — восприятие несуществующего в реальности объекта или явления. Галлюцинаторные расстройства — нарушения восприятия, указывающие на наличие психоза. Гал-

люцинации классифицируются по органам чувств: зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые и висцеральные (галлюцинации общего чувства), они нередко сочетаются с бредовыми идеями. Особый вид галлюцинаций — императивный, — при этом больные слышат голоса, приказывающие ударить другого человека, сказать бранное слово, совершить какой-либо, в том числе социально опасный поступок. Эти «приказания» нередко больными исполняются. Выделяют *истинные* и *псевдогаллюцинации*. Последние отличаются от истинных галлюцинаций отсутствием реальности — больные слышат «особые голоса», отличные от обычных голосов тембром, звуком и т.п. Псевдогаллюцинаторные образы обладают чертами «сделанности» кем-то со стороны, «голоса», «видения» имеют интрапроекцию — слышатся внутри головы, «в голове показывают картинки, образы» и т.п. Псевдогаллюцинации являются составной частью синдрома Кандинского—Клерамбо.

Психосенсорные расстройства — такие патологические восприятия реально существующих объектов, когда их качества — форма, цвет, размер и т.д. — преобразуются, изменяются.

Расстройство схемы тела — у больного изменяется восприятие размеров, конфигурации отдельных частей тела — удлиняются конечности, изменяется форма носа, тело приобретает необычную легкость, невесомость или наоборот делается тяжелым.

Дереализация — восприятие измененности окружающей обстановки, которая кажется нереальной, чуждой. Изменяется интенсивность цветовой окраски окружающего мира, сам характер цвета, размеры предметов, зданий и т.п.

Деперсонализация — болезненное восприятие собственной измененности, утрата собственной идентичности, своего «Я». Окружающее нередко воспринимается как декорация.

Состояния:

- **уже виденное (*déjà vu*)** — незнакомые лица, предметы ощущаются как знакомые;
- **уже пережитое (*déjà entendu*)** — новые ситуации воспринимаются больным как пережитые ранее;
- **уже слышанное (*déjà vecu*)** — впервые услышанные слова, мелодии, звуки ощущаются как знакомые;

- **никогда не виденное** (*jamais vu*) — знакомые предметы, обстановка воспринимаются как новые;
- **никогда не пережитое** (*jamais entendu*) — ощущение, что привычные ситуации возникли впервые;
- **никогда не слышанное** (*jamais vecu*) — знакомые слова, звуки воспринимаются как незнакомые.

Среди **расстройств мышления** выделяют нарушения ассоциативного процесса, а также расстройство суждений и умозаключений.

Ускорение мышления проявляется легкостью возникновения, увеличением количества ассоциаций и в то же время их поверхностностью. Постоянная отвлекаемость от основной темы, образность, непоследовательность сочетаются с поверхностными умозаключениями, основанными на случайных ассоциативных связях.

Замедление мышления — уменьшение и замедление ассоциаций, сочетающееся с бедностью и однообразием содержания мышления. Пациенты тягостно переносят это расстройство, заявляют, что они стали «тупыми», «глупыми».

Различают нарушения мышления по стройности, когда отсутствует связь между фразами, предложениями — **разорванность** мышления, отсутствие связи между словосочетаниями и словами — **бессвязное, инкогерентное** мышление.

Обстоятельность мышления проявляется в медленном переключении ассоциаций, невозможности отделить главное от второстепенного, что препятствует возникновению новых ассоциаций и выражается подробностями, ненужными деталями, повторяемыми пациентом.

Персеверация мышления — доминирование ограниченного набора мыслей и представлений, что приводит к однообразным ответам на разные вопросы.

Резонерство — утрата целенаправленности и многословие на заданную тему. Больной может говорить длительное время на любую тему и ничего по существу не сказать. Происходит подмена четких и ясных ответов бесплодными, пространными рассуждениями.

Речевые **стереотипии** проявляются в повторении одних и тех же фраз, слов, при этом **вербигерация** — это стереотипичное,

ритмичное повторение отдельных слов, звуков; а **«стоячие» обороты** — стереотипные выражения, которые больные постоянно используют в беседе.

Особым расстройством ассоциаций является **ментизм** (наплыв мыслей) — больные сообщают о возникновении мыслей помимо их воли.

Перерывы в мышлении (шперрунг, **остановка или закупорка мыслей)** — насильственное, помимо воли больного, «автоматическое» исчезновение мыслей, типичное для шизофрении расстройство.

Аутистическое мышление характеризуется оторванностью от реальности, сосредоточенностью на собственных внутренних представлениях, ощущениях.

Символическое мышление проявляется в постоянном использовании символов, при этом больные нередко придумывают собственные слова (неологизмы), в результате их речь становится непонятной для окружающих.

Паралогическое мышление — сложные псевдологические рассуждения больных, противоречащие окружающей действительности.

Патология суждений и **умозаключений** — нарушение мышления по содержанию. Этот вид нарушения мышления чаще всего проявляется *бредом*, *сверхценными идеями* и *навязчивыми мыслями*.

Бред — патологическое, несоответствующее реальности умозаключение, возникающее на болезненной основе, противоречащее действительности, неподдающееся разубеждению и активно отстаиваемое больным, несмотря на веские, убедительные доводы, чем и отличается от простых ошибок суждения. По психопатологической структуре и особенностям развития бред можно разделить на 3 основные группы: 1) первичный; 2) образный; 3) аффективный.

Первичный (интерпретативный) бред — нарушение мышления, не связанное с какими-либо другими расстройствами психики. При этом в первую очередь страдает логическое познание, в то время как образное поражается незначительно. Патологическому толкованию (интерпретации) подвергаются как явления внешнего мира, так и субъективные ощущения. Патологические

суждения, подкрепленные доказательствами, разработаны в деталях. Первичный бред стоек и имеет склонность к прогрессирующему развитию. Длительное время первичный бред может существовать как единственный явный признак психического заболевания. В период становления возникают догадки, предположения, различные сопоставления; патологически толкуются происходящие в данный момент события, человеческие взаимоотношения, собственные ощущения и чувства. Возникает множество новых, разрозненных, непонятных умозаключений. Фон настроения определяется напряженностью, тягостными предчувствиями, неглубокой тревогой, нередко выраженной угнетенностью. В начальный период формирования бреда больной еще может сомневаться в правильности своих умозаключений, у него может возникать кратковременное чувство, что его трактовка неадекватна. Время от времени больные испытывают предчувствие грозящей катастрофы; все исполнено новым и непонятным смыслом, все таит угрозу (так называемое бредовое настроение). Возникая в форме эпизодов, бредовое настроение может быть одним из симптомов перехода начального периода — «инкубации» — в следующий этап развития («кристаллизации» бреда). В начальный период второго этапа больные испытывают «озарения», «внезапное понимание». На этапе кристаллизации происходит объединение в систему разрозненных прежде представлений. Система расширяется за счет увеличивающихся в своем числе новых представлений, а также патологического истолкования событий прошлой жизни (ретроспективный бред). Создается разработанная в деталях бредовая концепция. В период кристаллизации бреда изменяется поведение больных. Оно может целиком зависеть от особенностей бреда. Если раньше больные избегали открытых столкновений с мнимыми недоброжелателями, то теперь переходят к действиям против них — возникает симптом «активного преследуемого–преследователя». В одних случаях больные ограничиваются многочисленными жалобами и проявляют сутяжное поведение, в других — пытаются физически уничтожить своих «противников». На этапе стереотипизации бред как бы отливается в одну форму, усложнения его содержания не происходит, а эффективная насыщенность значительно уменьшается. Периодически происходит обострение

психического состояния, во время которого часто могут совершаться противоправные действия.

В терминальном периоде, наступающем спустя многие годы и даже десятилетия после начала болезни, бред постепенно обедняется или распадается.

Первичный бред может иметь различное содержание. В процессе развития из монотематичного бред становится политематичным. Первоначальное содержание усложняется, нарастает идея преследования, если только она не существовала с самого начала. Бред преследования усложняется преимущественно за счет идеи величия. В судебно-психиатрической практике наибольшее значение имеют бредовые состояния со следующим содержанием: ревности, ипохондрии, преследования, воздействия, отравления, ущерба, изобретательства, величия, а также бредовые идеи эротического и сутяжного характера.

Бред ревности (*супружеской неверности*) — убежденность в том, что лицо, с которым больной находится в супружеских или интимных отношениях, изменяет ему с одним или несколькими лицами. Больной «замечает», что близкий человек становится невнимательным, проявляет холодность в интимных отношениях или просто уклоняется от них. Одновременно ему начинает казаться, что тот более внимательно следит за своей внешностью, выглядит необычно оживленным и смущенным. Со временем больной «обнаруживает», что свидания якобы происходят и вне дома, и в домашней обстановке. Он разными путями начинает следить за действиями близкого ему человека. Больной упорно требует признать факт измены, постоянно угрожает. Бред ревности может приводить к агрессивным и криминальным действиям.

Ипохондрический бред — твердое убеждение больного в имеющемся у него тяжелом или неизлечимом заболевании. Больные ведут себя по-разному. Одни упорно разрабатывают методы самолечения. Другие постоянно обращаются к врачам самых различных специализаций, требуя обследования и лечения. Такие больные начинают подозревать врачей в плохом к себе отношении, даже в том, что именно врач — виновник его страдания. Нередки случаи насильственных действий против медицинских работников. Разновидность ипохондрического бреда — бред физического недостатка или уродства — *дисморфомания*. Обычно

он касается фигуры или видимых частей тела — лица, рук, ног и т.д. Для исправления мнимого физического дефекта больные часто прибегают к опасным методам самолечения или упорно требуют операций, в том числе повторных.

Бред преследования — непоколебимое убеждение больного в том, что за ним следят, хотят нанести ему физический или моральный вред или же причинить какое-то зло.

Бред воздействия — стойкое убеждение больного в том, что его мысли, чувства и поступки подвергаются воздействию некой внешней силы, которая в отдельных случаях получает точное определение — воздействие людей, гипноза, электричества, атомной энергии, ультразвука.

Бред отношения. Больные с этим видом бреда утверждают, что окружающие предметы и явления имеют к ним отношение, ими улавливается в них какой-то скрытый смысл, намек. Окружающие хотя и говорят о вещах, не имеющих к больному отношения, но в их поступках или словах якобы сокрыт иной смысл, понятный только больному.

Бред отравления — убеждение в том, что для нанесения вреда физическому состоянию больного или с целью его уничтожения тайно применяются всякие ядовитые вещества. Их якобы добавляют в употребляемую больным пищу, рассыпают и распыляют в тех помещениях, где он находится, на предметы мебели или одежду, которыми он пользуется.

Бред ущерба — твердая убежденность в сознательном нанесении больному материального вреда, чаще всего путем порчи, подмены или воровства личных вещей, мебели или продуктов питания. Бред ущерба чаще всего распространяется на лиц ближайшего окружения, в связи с чем его нередко определяют как «бред малого размаха».

Бред изобретательства — непоколебимое убеждение больного в том, что им сделано теоретическое или практическое открытие, имеющее необычное и даже универсальное значение, внедрение которого облагодетельствует человечество. Всегда сопровождается необычно упорным сутяжным поведением.

Бред величия — неправдоподобно грандиозное преувеличение больным своих духовных и физических сил, здоровья, социального положения и связанных с ними возможностей.

Бред эротический (*любовный*) — твердая убежденность пациента в том, что определенное лицо испытывает к нему любовную страсть и стремится любыми, даже наносящими больному вред, способами добиться его расположения.

Бред сутяжничества — больного невозможно переубедить прекратить борьбу за восстановление попранной справедливости, в частности за защиту его нарушенных прав.

Бред образный. У больного доминирует нарушение чувственного познания. Бредовые идеи возникают без всякой системы, нередко хаотично. Они не доказываются, а воспринимаются как данность — «я знаю, что меня хотят убить». Господствуют образные представления, напоминающие по своей наглядности и непоследовательности грезы и картины сна. Сознание заполнено ими. Окружающее воспринимается так, как это бывает при иллюзиях. Образный бред всегда сочетается с другими расстройствами. Резко нарушается поведение. Поступки больных непоследовательны и часто носят импульсивный характер (вскакивают на ходу в проходящий транспорт, внезапно покидают его, иногда на ходу, бегут, не глядя куда, совершают внезапные нападения). Могут возникать галлюцинации, проявляться элементы синдрома Кандинского—Клерамбо, вкрапливаться эпизоды помрачения сознания. Образный бред всегда сопровождается выраженными изменениями аффекта, чаще всего в форме напряженной тревоги.

К разновидностям образного бреда относятся *бред инсценировки* и *бред значения*. При бреде инсценировки больные говорят, что кругом все подстроено, их разыгрывают; окружающие люди совсем не те, за кого себя выдают, все их поступки имеют непосредственное отношение к больному, его проверяют, обучают, воспитывают. При бреде значения все окружающее имеет символический смысл — черный цвет означает скорую смерть больного и т.д. Смысл окружающего очень изменчив. В некоторых случаях окружающие предметы, люди, события получают фантастическое содержание и обозначение, бредовые идеи распространяются и на прошлое. При этом обычно возникает антагонистический бред, при котором все воспринимается как борьба за личность больного двух противоположных сил — добра и зла. Для образного фантастического бреда характерны идеи величия, религиозно-мистического, эротического, а в ряде случаев

космического содержания (война, стихийные бедствия, государственные перевороты и т.п.).

Аффективный бред своим содержанием отражает господствующий аффект и в большей степени приближается к образному бреду, так как при нем преобладает нарушение чувственного познания. Логический элемент незначителен. Среди депрессивных форм бреда чаще всего встречается *бред самообвинения и греховности* — убеждение в совершении тяжких, аморальных поступков. При *бреде самоуничижения* моральные и физические качества больного имеют только отрицательные свойства. При *бреде обнищания* существует убежденность в скором или уже имеющемся лишении всех материальных средств. В ряде случаев депрессивный бред имеет фантастическое содержание: «вселенской гибели», «вечного страдания» и т.д. (*бред Котара*). Возможны разновидности фабулы «полного одиночества», «гибели мироздания» — *нигилистический бред*; иногда больные убеждены в том, что их внутренние органы или тело в целом подверглись разрушению (ипохондрическая фабула). Все разновидности депрессивного бреда очень бедны деталями; разработка его содержания обычно отсутствует.

Среди **экспансивных форм бреда** чаще всего наблюдаются идеи величия, реформаторства, исключительных моральных и физических возможностей.

От бредовых идей нужно отличать *сверхценные идеи* и *бредоподобные фантазии*.

Бредоподобные фантазии — появление в условиях психотравмирующей ситуации, в частности при аресте, следствии или вскоре после начала срока содержания под стражей, разнообразных по сути высказываний, в которых присутствуют идеи величия, преследования, ущерба, самообвинения, а также суждений авантюристического или мегаломанического характера. По сравнению с бредом они лишены непоколебимой уверенности, изменчивы в своем содержании, зависят от внешних событий, часто отражают затаенные страхи и желания.

Индуцированный бред — возникает в результате общения психически больного (индуктора) с близкими ему людьми, часто родственниками, страдающими бредовыми идеями, существующими у больного (индуктора). Эти индуцированные идеи воспринимаются родственниками и близкими индуктора без

критической переработки. Данный вид бреда характеризуется нестойкостью и исчезает нередко после разрыва контакта с индуктором.

Резидуальный бред — бред, остающийся у больного после перенесенного, чаще всего острого психоза, когда создается твердая убежденность, что все что «казалось» ему в болезненном состоянии существовало на самом деле.

Симптом Капгра — убежденность больного в том, что окружающие выдают себя за других, «маскируются». Выделяют симптом *положительного двойника* — знакомые больного «маскируются» под незнакомых, симптом *отрицательного двойника* — незнакомые притворяются знакомыми, *вариант Фреголи* — один и тот же человек появляется в различных обличиях.

Сверхценные идеи — болезненные суждения, которые не поддаются коррекции, занимают в психике больного доминирующее значение, сопровождаются необычно сильной длительно существующей аффективной окраской. В основе сверхценной идеи, в отличие от бредовой, всегда лежит какой-либо реальный факт, который гиперболизируется, трансформируется и которым больные начинают руководствоваться.

Навязчивые идеи — мысли, представления, сомнения, которые характеризуются, во-первых, тем, что не поддаются контролю пациента, а, во-вторых, чужды ему, восринимаются критически и переживаются эмоционально крайне болезненно.

Навязчивые состояния с известной условностью разделяют на две группы — *отвлеченные*, не сопровождаемые выраженным аффективным компонентом, и *образные*, с постоянными аффективными расстройствами.

Отвлеченные навязчивости — навязчивый счет (этажей в зданиях, проезжающих мимо машин и т.п.); навязчивые припоминания (имен, телефонов, определений). Навязчивое мудрствование (умственная жвачка) — возникновение вопросов абстрактного содержания, обращенных к самому себе. Каждый такой вопрос влечет за собой возникновение нового.

Среди аффективных навязчивостей выделяют следующие.

Навязчивые сомнения — непроизвольно возникающая мучительная неуверенность в правильности и завершенности совершаемых действий, сопровождается их многократными проверкой

и повторением. Например, больной десятки раз возвращается, чтобы проверить, хорошо ли заперта входная дверь. Навязчивая ругань, циничные слова и выражения, возникающие по отношению к тем, кого уважают.

Навязчивые воспоминания — неотвязное воспоминание какого-либо неприятного или мучительного события прошлого.

Навязчивые идеи нередко сопровождаются другими навязчивостями: *влечениями*, *страхами* (фобиями), *ритуалами*.

Навязчивые влечения — появление вопреки воле и желанию стремления больного совершить то или иное, зачастую опасное, действие — ударить находящегося рядом человека, броситься под колеса машины и т.п.

Навязчивые действия — движения, совершаемые помимо желания, например, периодическое подергивание плечами, при этом сохраняется отрицательное отношение к происходящему.

Навязчивые страхи (фобии) — распространенная форма навязчивых состояний. Содержание фобий крайне разнообразно: страх перехода улиц и площадей, страх остаться одному в закрытом помещении, страх острых предметов, высоты, покраснения и т.д. Возникновение аффективно окрашенных навязчивостей всегда влечет за собой появление вегетативных симптомов — тахикардии, потливости, побледнения, головокружения, одышки.

Навязчивые состояния часто сопровождаются *ритуалами* — действиями, которые производят для предупреждения мнимого несчастья: страдающий страхом загрязнения человек через определенные промежутки времени моет руки; больной, прежде чем сесть, обязательно несколько раз поворачивается кругом и т.п.

Импульсивные состояния включают *импульсивные действия* и *импульсивные влечения*.

Импульсивные действия совершаются без борьбы мотивов. Возникают при наличии выраженных расстройств психической деятельности — при образном бреде, состояниях помраченного сознания, кататоническом возбуждении. Характеризуются внезапностью появления и отсутствием конкретного мотива, выполняются автоматически. Больной внезапно подбегает и наносит незнакомым людям удары, бросает ребенка в воду, совершает агрессивные поступки.

К расстройствам **памяти** относят *амнезии*, *псевдореминисценции*, *конфабуляции*.

Память — способность воспринимать, фиксировать и воспроизводить впечатления, сведения, совокупные факты прошлого опыта.

Амнезия — отсутствие памяти (беспамятство), на определенные периоды времени.

Ретроградная амнезия — выпадение из памяти прошлых воспоминаний и событий, непосредственно предшествовавших развитию нарушений психической деятельности в форме помрачения или выключения сознания. Распространяется на разные периоды времени — от нескольких минут до многих лет.

Антероградная амнезия — утрата воспоминаний на события, относящиеся к периоду, непосредственно следующему за окончанием выключения или помрачения сознания и некоторых других психических расстройств. Охватывает промежутки времени от минут до часов, дней, редко недель.

Антероретроградная амнезия — сочетание обоих типов амнезии: выпадение из памяти событий как предшествовавших болезненному состоянию, так и следовавших за ним.

Амнезия фиксационная — потеря способности запоминать текущие события.

Амнезия прогрессирующая — постепенное, нарастающее опустошение запасов памяти, развивающееся от запамятования событий последнего времени к забыванию событий прошлого, в том числе и самых отдаленных, касающихся юности и детства.

Псевдореминисценции — бывшие в действительности события, перенесенные в другие периоды времени.

Конфабуляции (ложные воспоминания) — сообщения о событиях, которых на самом деле не было.

Конфабулез — возникновение в короткие промежутки времени обильных конфабуляций, которые образуют либо один связный с последовательно развивающимся содержанием рассказ, либо несколько рассказов с разнообразным, но законченным содержанием. Возникает при ясном сознании и часто не сопровождается значительными расстройствами памяти.

Эмоции — одна из основных сфер психической деятельности, отражающая чувственно окрашенную субъективную реак-

цию на окружающую действительность и внутреннее состояние личности.

К **расстройствам эмоционально-волевой сферы** относят *гипотимию*, *гипертимию*, *эйфорию*, *дисфорию*, *тревогу*, *амбивалентность*, *болезненное бесчувствие*, *эмоциональную лабильность и эмоциональную ригидность*.

Гипертимия — патологическое стойкое повышение настроения (нередко обозначаемое как восторг, радость, веселье). Наиболее сильное экзальтированное чувство достигает степени экстаза.

Эйфория — повышенное настроение, которое сочетается с благодушием, беспечностью и бездеятельностью.

Дисфория — пароксизмальное, приступообразное состояние гнева, раздражения, враждебности, недовольства собой и окружающими, нередко с агрессией.

Тревога — состояние беспокойства с чувством надвигающейся угрозы, внутреннего волнения, сопровождающееся двигательным возбуждением, напряженностью.

Амбивалентность — одновременное проявление двух взаимоисключающих эмоций (любви и ненависти и т.п.).

Болезненное психическое бесчувствие (*anaesthesia psychica dolorosa*) — тягостное чувство собственного опустошения, «нечувствия», эмоциональной отстраненности, нередко с бредом самообвинения.

Алекситимия — невозможность больного описать собственные эмоциональные переживания.

Эмоциональная лабильность — чрезвычайная неустойчивость, смена эмоций (легкий переход от слез к смеху и наоборот). Один из вариантов — *слабодушие* — невозможность контролировать внешние проявления эмоций в виде слез, умиления и т.п.

Эмоциональная ригидность — тугоподвижность, фиксация эмоций.

Воля — основной регулирующий механизм поведения, позволяющий сознательно планировать деятельность, преодолевать препятствия, удовлетворять потребности (влечения) в форме, способствующей большей адаптации.

Влечение — состояние конкретной потребности личности, необходимость в определенных условиях существования, зависимость от их наличия (основные влечения — желания).

Расстройства **воли** и **влечений** проявляются в клинике нарушениями поведения.

Гипербулия — общее повышение воли и влечений (повышение аппетита, гиперсексуальность и т.п.).

Гипобулия — общее снижение воли и влечений (снижение аппетита, подавление всех основных влечений).

Абулия — безынициативность в сочетании с нормальной потребностью в еде, сексуальных стремлениях.

Импульсивные влечения — часто возникают на фоне пониженного или пониженно-злобного (дисфорического) настроения. Вначале может происходить борьба с желанием совершить тот или иной поступок, однако влечение становится неодолимым и, подчиняя себе все мысли и желания индивида, реализуется. Часто воспоминания о совершаемых в этот период действиях неотчетливы или отрывочны. В ряде случаев после своего завершения импульсивное влечение осознается как ненормальное состояние и даже критически оценивается. К наиболее частым формам импульсивных влечений относятся: запой (*дипсомания*), бродяжничество (*дромомания*, *вагабондаж*), страсть к поджогам (*пиромания*), воровству (*клептомания*), стремление совершить убийство, самоубийство (*гомицидомания*, *суицидомания*) или нанести себе физические повреждения.

Навязчивые (обсессивные) влечения — возникновение желаний, расходящихся с требованиями этики, морали и законности и потому неприемлимых для больного; отказ от их исполнения приводит к сильным неприятным переживаниям. Эмоционально крайне тягостны.

Компульсивное влечение — резко выраженное чувство, по силе сравнимое с инстинктами (самосохранения, чувством голода, жажды). При нереализации этого влечения возникает невыносимое чувство физического и психического дискомфорта, толкающее личность на повторные насилия и серийные убийства.

Психомоторное возбуждение — повышенное двигательное беспокойсво, хаотические действия, связанные с тревожными, маникальными, галлюцинаторными, бредовыми переживаниями, состояниями измененного сознанания.

Ступор — состояние психической и двигательной заторможенности.

3.2. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Синдромы в зависимости от причин возникновения заболевания, уровня поражения психики представляют один из этапов развития болезни (состояние, статус больного), т.е. являют собой как начальные, так и промежуточные или отдаленные периоды болезни.

Синдромологической характеристике психических расстройств в психиатрии уделялось особое внимание. Нейрофизиологические предпосылки к пониманию формирования синдромов, их динамики были сформулированы психиатром Дж. Джексоном. Большой вклад в оценку закономерностей динамики психических расстройств был сделан академиком РАМН А.В. Снежневским и его сотрудниками. Ими было подчеркнуто, что каждой нозологически самостоятельной болезни присущи круг определенных синдромов и закономерная их смена (стереотип развития болезни). При одних заболеваниях спектр синдромов небольшой, при других — он максимален (органические психозы). Диагностическая информативность синдромов оказывается меньшей на начальных этапах заболеваний, чем на последующих, когда определяются особенности развития болезни.

На основе патопсихологических исследований Дж. Джексоном были выделены синдромы с преобладанием *позитивных* и *негативных психических расстройств*, обусловленных в первом случае активацией «раздражения» функций, ранее контролируемых более поздними (в онтогенетическом плане) структурами, функционально-структурными образованиями и дезинтегрированием их в связи с болезнью. Такая дезинтеграция проявляется ослаблением или выпадением этих высоких функций, что оценивается как негативные расстройства (минус-симптомы). Выделены также «малые» и «большие» синдромы, указывающие на генерализацию патологического процесса.

Для иллюстрации приведены разработанные А.В. Снежневским схемы иерархического расположения синдромов при психических расстройствах, отражающих возможную генерализацию и глубину поражения психики. На схемах 1 и 2 в ранговом порядке по нарастанию тяжести психических расстройств приведены 9 групп с позитивными психопатологическими и 10 групп с негативными синдромами.

Патологический процесс часто начинается с круга «легких» психических расстройств, проявляющихся в соответствующих синдромах, в последующем, при неблагоприятном развитии заболевания, формируются более тяжелые состояния.

Клиническая картина любого прогрессирующего психического заболевания вне зависимости от того развивается ли оно непрерывно, в виде приступов, или периодически (но с ухудшающимся качеством ремиссий), всегда усложняется. Первоначально клинически однородное состояние (астеническое, депрессивное, истерическое, паранойяльное, состояние навязчивостей и т.д.) при прогредиентном течении болезни становится все более сложным.

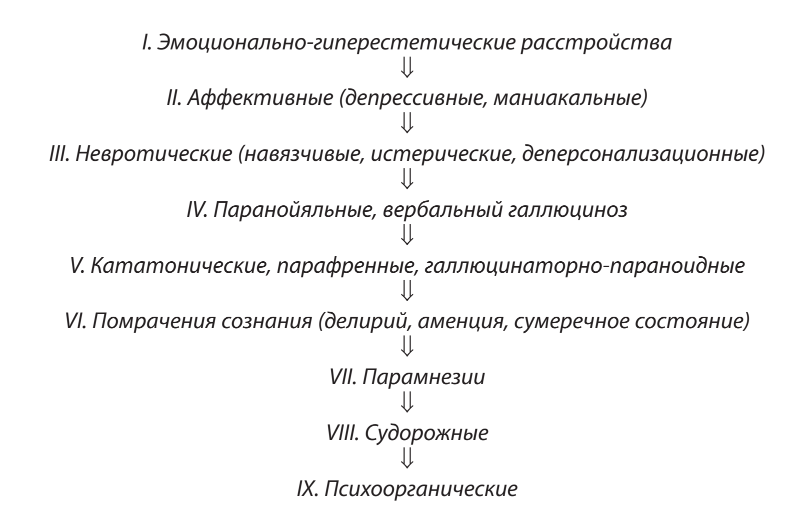


Схема 1. Соотношение общепатологиеских позитивных синдромов и нозологических единиц (по А.В. Снежневскому, 1983)

Из приведенного сопоставления общепатологических состояний и нозологических групп болезней вытекает возможность градации тяжести расстройства психической деятельности, общей для всех болезней. Наиболее легкий синдром — астенический, далее следуют аффективные, невротические (навязчивости, истерические, деперсонализационно-дереализационные, сенестопатически-ипохондрические), паранойяльные синдромы

и синдром вербального галлюциноза, галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского—Клерамбо), парафренные, кататонические, онейроидные синдромы, помрачение сознания (делирий, аменция, сумеречное состояние), парамнестические, судорожные, психоорганические синдромы.

В динамике негативных расстройств также обнаруживаются последовательность нарастания их тяжести и предел их прогрессирования в зависимости от вида заболевания, его нозологической принадлежности.

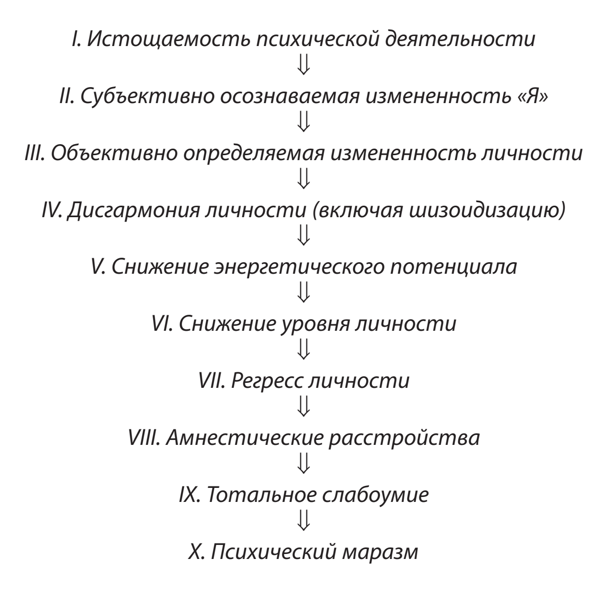


Схема 2. Соотношение общепатологических негативных синдромов и нозологических единиц (по А.В. Снежневскому, 1983)

Во многих случаях негативные расстройства непрерывно прогрессируют, видоизменяя, упрощая проявления позитивных симптомов. Признаки временного обеднения психической деятельности обнаруживаются не только при астенических состояниях, но и при помрачении сознания, аффективных расстройствах.

Клиническая картина в психиатрии в основном — картина психопатологическая, заключающая в себе синдромы различной

структуры; очевидно, что вопрос об отношении между синдромами и нозологической формой заболевания весьма сложен. В решении этого вопроса основную роль играют синдромальная структура, ее своеобразие, а также составные звенья синдрома. Сложные синдромы в рамках патологии имеют не только свою статику, но и динамику, некоторые тенденции в своем развитии, связанные с патогенезом синдрома в целом, подчиненные динамике основного заболевания. Все это говорит о том, что, наряду с клиническим изучением, необходимо более глубокое проникновение в сущность самого синдрома в его различных вариантах, отражающих патогенез и патофизиологию психической деятельности. Если клиническую картину психического заболевания необходимо изучать в аспекте различных синдромов, то, с другой стороны, сами эти синдромы должны рассматриваться на почве различных заболеваний.

Синдром — закономерное сочетание отдельных симптомов, имеющих определенное (повторяющееся) соотношение, отражающих динамику развития психического заболевания. Психопатологический синдром характеризуется устойчивостью, определенной последовательностью клинических проявлений. Интенсивность феноменов, составляющих синдром, может колебаться как в целом, так и в отношении отдельных составляющих симптомов. Синдром определяет непосредственное состояние больного. Совокупность синдромов в динамическом развитии обусловливает нозологическую форму заболевания.

Невротические (неврозоподобные) и психопатические (психопатоподобные) состояния

1. Невротические (неврозоподобные) состояния:

а) *невротические* (*неврозоподобные*) *состояния с преобладанием астении.* Эти состояния характеризуются симптомами «раздражительной слабости» и быстрой истощаемостью психических функций: повышенной утомляемостью, головной болью, раздражительностью, эмоциональной лабильностью, нарушением активного внимания, забывчивостью, обычно на фоне несколько сниженного настроения. Вспышки раздражительности часто сопровождаются слезливостью, приводя к общей слабости, ощущению разбитости, бессилию. Нередко наблюдаются

симптомы гиперестезии и нарушения сна, вегетативно-вазомоторные расстройства. Для этого состояния характерно усиление всех симптомов при утомлении и некоторое ослабление их после отдыха;

б) *невротические (неврозоподобные) состояния с преобладанием навязчивостей*. Состояния, характеризующиеся различными идеаторными, двигательными и другими навязчивостями, в том числе навязчивыми страхами. Наиболее часто больные жалуются на страх темноты, одиночества, замкнутых или открытых пространств, страх смерти, острых предметов, страх за свое здоровье и т.д. Реже наблюдаются навязчивые мелодии, счет, действия. Фон настроения обычно понижен. Больные, как правило, отличаются робостью, испытывают чувство собственной неполноценности. В период обострения состояния страха сопровождаются выраженным чувством напряжения, часто носящим приступообразный характер. Отмечаются явления ментизма. Навязчивость при данном состоянии характеризуется независимостью возникновения от воли больного и в то же время сопровождаются критическим отношением к ним и борьбой с ними. Сюда же следует относить неврозоподобные состояния при прогредиентных психозах (например, шизофрении), наблюдающиеся на фоне заметных изменений личности. Для таких состояний типично снижение критического отношения к навязчивостям и ослабление борьбы с ними. В этих случаях обычно преобладают более сложные навязчивые расстройства, чаще абстрактного характера без отчетливой эмоциональной окраски: навязчивый счет, мудрствование, ритуалы поведения, часто полностью поглощающие больных;

в) *неврозоподобные состояния с преобладанием явлений деперсонализации и дереализации*. Состояния данного типа характеризуются преобладанием расстройств, относящихся к кругу деперсонализационных: чувство измененности и нарушения целостности своего «Я», отчуждения от своих мыслей, эмоций, действий и поступков. Больные жалуются на крайне мучительное переживание восприятия своей личности (мыслей, аффектов, поступков) будто со стороны. Нередко эти расстройства сочетаются с дереализацией. Мир воспринимается больными «не так, как раньше»; как бы через пелену, через стеклянную

стену, все кажется нереальным, безжизненным, искусственным, декоративным. Как правило, больным свойственны выраженная рефлексия, обстоятельность. Больные затрудняются соотнести временную последовательность событий своей личной жизни. Имеющиеся аффективные нарушения обычно выражены нерезко и проявляются легкими колебаниями настроения. Признаки астении (утомляемость, слабость, раздражительность и т.п.) отступают на второй план и обнаруживаются только при тщательном исследовании;

г) *невротические* (*неврозоподобные*) *состояния с преобладанием ипохондрически-сенестопатических расстройств*. В данную группу следует включать состояния, клиническая картина которых определяется многочисленными жалобами на разнообразные ощущения в различных частях тела, повышенной заботой и беспокойством больных относительно своего здоровья в целом или функционирования отдельных органов, страхом заразиться какой-то болезнью. Больные могут жаловаться на то, что в голове у них «что-то переливается», «тянет», «мозг стиснут под черепом», в пояснице ощущение «онемения», «жжения», тело «мерзнет», в желудке, печени, сердце беспокоят «неопределенные ощущения» или боли. Наблюдается тенденция к постоянному контролю за деятельностью своих органов. Типичная особенность синдрома — диссоциация между разнообразными соматическими жалобами больных и отсутствием объективных изменений органов. Состояние сопровождается чувством постоянного недомогания, слабости, утомляемости, при обострении появляется тревога. В отличие от паранойяльного синдрома патологические идеи при данном состоянии образны, чувственно конкретны, не носят характера толкования, интерпретации ощущений. Больные не ставят себе диагноза, не занимаются самолечением, целиком полагаясь на врача. Из данной группы должны исключаться и депрессивные синдромы, сопровождающиеся ипохондрически-сенестопатическими расстройствами;

д) *отдельные невротические* (*неврозоподобные*) *состояния, указанного выше типа, сочетающиеся с аффективными расстройствами*. Невротические (неврозоподобные) состояния, сопровождающиеся аффективными расстройствами, характеризуются возникновением малоочерченных, стертых матовых де-

прессий, реже атипичных гипоманий. Имеющиеся аффективные нарушения обычно выражены нерезко и проявляются в легких колебаниях настроения. Признаки астении (утомляемость, слабость, раздражительность и т.п.) отступают на второй план и выявляются только при тщательном исследовании.

2. Психопатические (психопатоподобные) состояния:

а) *психопатические* (*психопатоподобные*) *состояния типа «возбудимых»*. Состояния, характеризующиеся эмоциональной напряженностью с повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, готовностью к гневливому возбуждению с бурным аффективным разрядом в ответ на незначительный раздражитель. Больные отличаются повышенной требовательностью к окружающим, обидчивостью и эгоизмом, грубостью и развязностью поведения с утратой самоконтроля. Нередко нарушают морально-этические нормы. Им свойственны незрелость мышления, несоответствующие возрасту суждения, снижение способности к абстрагированию и синтезу, непрактичность в обыденной жизни, отсутствие целеустремленности, необъяснимые смены интересов и увлечений. Свое поведение больные обычно оправдывают тем, что окружающие их не понимают. В одних случаях отмечаются безволие, повышенная подчиняемость, в силу чего больные злоупотребляют алкоголем, наркотиками, легко вовлекаются в компании правонарушителей. В других — больные обнаруживают повышенную активность и упорство в достижении поставленной цели, оставаясь при этом нетерпеливыми и возбудимыми. Из-за незрелости психики протесты против общепринятых норм, часто встречающиеся при данном синдроме, нередко проявляются в парадоксальной форме, например, демонстративными суицидальными высказываниями. Могут наблюдаться отдельные сверхценные идеи, которые, однако, не определяют состояние больных в целом. Аффективные расстройства обычно представлены сниженным настроением и недовольством, иногда с явно дисфорическим оттенком;

б) *психопатические* (*психопатоподобные*) *состояния с повышенной сенситивностью*, *склонностью к отдельным нестойким идеям отношения*, *астеническими и ипохондрическими реакциями*. Состояния, клиническая картина которых характеризуется повышенной впечатлительностью и ранимостью, робостью, не-

решительностью и застенчивостью, склонностью к тревожной мнительности, неуверенностью в себе, иногда излишней мечтательностью. Для этих больных типичны рефлексия и стремление к постоянному самоанализу, различного рода сомнения. В некоторых случаях отмечаются эпизодические и элементарные навязчивости, которые, правда, не определяют клиническую картину синдрома. Больные обычно стеснительны, застенчивы, робки, их не покидает чувство собственной неполноценности. Часто наблюдается быстрая психическая истощаемость. Однако к своей работе такие больные обычно относятся добросовестно, нередко обнаруживая черты педантизма со стремлением к стереотипной деятельности.

Для некоторых больных в этом состоянии характерны опасения в отношении своего здоровья, склонность к различного рода ипохондрическим реакциям, не достигающим вместе с тем степени выраженной бредовой убежденности. В других случаях преобладают нарушения адаптации к окружающему, внутреннее чувство скованности и напряженности в присутствии посторонних, склонность к возникновению отдельных нестойких идей отношения. Больным присущ несколько угнетенный фон настроения с легко возникающей тревожностью при столкновении даже с незначительными трудностями;

в) *психопатические* (*психопатоподобные*) *состояния с гиперстеничностью*, *монотонной активностью*, *склонностью к сверхценным образованиям и параноическим реакциям*. Психопатические (психопатоподобные) состояния данного типа характеризуются стеничностью, упорством, бесцеремонностью и неуживчивостью в общении с окружающими, повышенным эгоцентризмом. Таким больным свойственны малая пластичность психики, подозрительность, повышенная самооценка, часто сочетающаяся с узостью и ограниченностью интересов. Мышление крайне субъективно и аффективно заряжено. Критика больных избирательна: характерно ее снижение в отношении оценки своей личности, а также правильности происходящих событий. В состоянии больных отчетливо выступает склонность к образованию сверхценных идей и параноическим реакциям. Сверхценные идеи могут быть самого разнообразного содержания (ревности, правдоискательства, сутяжные и т.д.). В некоторых случаях боль-

ные фанатично преданы своей работе, становясь «роботами». В то же время сверхценные идеи, независимо от своего содержания, обычно имеют реальные основания, хотя и вырастают из односторонне интерпретируемых реальных фактов. В позднем возрасте отмечается усиление тенденции к образованию сверхценных идей и параноических реакций, перерастающих иногда в систематизированный паранойяльный бред;

г) *психопатические* (*психопатоподобные*) *состояния с преобладанием истерических расстройств*. При этих состояниях в клинической картине преобладают истерические (истероподобные) расстройства. Наиболее характерные черты таких больных — эмоционально-заряженная «жажда признания» со стороны окружающих, стремление к превосходству, оригинальности, сочетающиеся с эгоцентризмом. Как правило, у больных выявляются выраженные признаки психического, а иногда и физического инфантилизма. Для поведения больных типичны демонстративность, театральность, чрезмерное кокетство. В то же время больные раздражительны, слезливы, склонны конфликтовать по малосущественному поводу, утрированно обидчивы, часто жалуются на возникающее ощущение «комка в горле», слабость в конечностях, онемение отдельных участков тела и т.д. Такие больные непостоянны в своих интересах и привязанностях, склонны к псевдологии, фантазированию, иногда к самооговорам. Они крайне нетерпимы и грубы с окружающими, не признающими их ведущей роли, и подчеркнуто ласковы, мягки, заботливы, вплоть до льстивости, с теми, кто восхищается ими. Стремление реализовать свою «жажду признания» часто осуществляется ими через яркость и оригинальность одежды, экстравагантность поведения. Наблюдающиеся иногда у таких больных субдепрессивные состояния не отличаются глубиной, однако часто сопровождаются суицидальными намерениями, которые больше рекламируются, чем реализуются, и связаны обычно с «крушением надежд», «разочарованием», «непониманием» их окружающими и т.п. Больные высказывают жалобы на галлюцинаторные переживания, имеющие либо инфантильный (пробегающие мимо зайчики, кошечки, прыгающие лягушки), либо карикатурно-ужасающий характер (звук шагов нечистой силы, зов умершего родственника, человек в мантии и т.п.);

д) *психопатические (психопатоподобные) состояния с преобладанием эмоциональных расстройств «аффективно-лабильные»*. Сюда отнесена группа психопатических (психопатоподобных) состояний, при которых на первый план выступают аффективные расстройства. Клиническая картина довольно разнообразна, но основное — это несоответствие эмоциональных реакций силе и качеству раздражителя, парадоксальность аффекта, его немотивированность и изменчивость. В значительно меньшей степени таким больным свойственно возникновение расстройств настроения без видимых внешних причин (циркулярные колебания настроения, дистимии). При этом для аффективных расстройств характерны нестойкость, отсутствие сколько-нибудь четко очерченной фазности. Преобладают аффективная лабильность, неустойчивость настроения. В эти периоды может отмечаться также повышенная ранимость и сенситивность, иногда — дисфория. В других случаях на первый план выступают спонтанно возникающие тревога, безотчетный страх, кратковременная (часы, дни) острая депрессия с импульсивным стремлением к суициду;

е) *психопатические (психопатоподобные) состояния, сочетающиеся с эпизодическими идеями отношения, окликами, отдельными психическими автоматизмами*. Это неоднородная группа состояний. В ней объединены клинические картины, описанные под шифрами «а»–«е», одновременно сочетающиеся с рудиментарными продуктивными психопатологическими симптомами в виде сверхценных образований, склонности к сутяжничеству, занятиям абстрактными проблемами и т.п., с несистематизированными, отрывочными и нестойкими идеями отношения, диффузной, аморфной недоверчивостью, подозрительностью, эпизодическими окликами. В некоторых случаях могут наблюдаться также отдельные и непостоянные симптомы открытости, псевдогаллюцинации или другие рудиментарные признаки психического автоматизма. Если эти расстройства становятся постоянными, появляются идеи внушения, гипноза и т.д., состояние нельзя отнести в данную рубрику;

ж) *психопатические (психопатоподобные) состояния типа «е», сочетающиеся с легкими аффективными нарушениями*. Состояния данного типа характеризуются сочетанием расстройств,

описанных под шифром «е» (см. выше) и аффективных нарушений, проявляющихся в виде кратковременных, неглубоких субдепрессивных и гипоманиакальных состояний. Последние, в отличие от аффективных синдромов, не определяют состояния больных, не обнаруживают тенденции к сколько-нибудь заметно очерченной фазности и обладают рядом клинических особенностей. Так, депрессивные переживания больных не содержат обычного компонента витальности и чаще выступают в форме вялой адинамической или «рассуждающей» депрессии, иногда с дисфоричностью или элементами деперсонализации-дереализации. В периоды депрессии более отчетливыми становятся свойственные больным и до этого недоверчивость, идеи отношения (нередко сенситивного характера), иногда имеют место также расстройства мышления. Гипоманиакальные состояния, как правило, протекают с усилением психопатических (психопатоподобных) расстройств без заметного аффекта радости, веселья, эмоционального оживления, и чаще всего не сопровождаются увеличением продуктивности в деятельности.

Аффективные синдромы

1. Синдромы с нерезко выраженными аффективными расстройствами:

а) *субдепрессии циклотимического типа*. Больные жалуются на пониженное, угнетенное меланхолическое настроение, сопровождающееся тягостными физическими ощущениями: чувство разбитости, усталости, говорят, что у них «несвежая голова», особенно по утрам. При усилении подавленности некоторых больных беспокоит чувство собственной неполноценности или вины, они постоянно вспоминают и пересматривают события собственного прошлого. Мир кажется безрадостным, ничто не доставляет удовольствия. В более тяжелых случаях иногда возникают тревожные опасения и настороженность в отношении своего здоровья, боязнь заболеть раком или другой соматической болезнью, явления нестойкой дисморфофобии. В таком состоянии больные чрезвычайно чувствительны ко всякого рода неприятностям и крайне остро реагируют на них. В других случаях в движениях и мимике больных отмечаются признаки легкой заторможенности: вялая невыразительная мимика, замедленная

походка, скупые жесты. Несколько заторможены интеллектуальные процессы, в связи с чем выполнение даже обычной работы требует от больных большого сосредоточения, волевого усилия. Сон обычно достаточный, некоторые больные жалуются на частые сновидения кошмарного содержания. При данном синдроме наблюдаются отчетливые суточные колебания настроения; преобладание в утренние часы подавленного настроения и достаточная компенсация во вторую половину дня. В позднем возрасте у больных нередко наблюдаются слезливость, недержание аффекта, временами — тревога и тревожные опасения;

б) *адинамические субдепрессивные состояния*. Данный вариант субдепрессии характеризуется относительно слабой выраженностью симптомов пониженного настроения, витальной тоски и значительным преобладанием в клинической картине расстройств анергического полюса: ощущение бессилия, немощи, безволия, «апатии». Больные выглядят равнодушными и безучастными к окружающему, не обнаруживают каких-либо желаний и побуждений. Типичные жалобы: «отсутствие всякого настроения», «отсутствие жизненного тонуса, стимула к жизни», и хотя пониженное настроение имеет место, но выявляется это только при направленном исследовании больных. Отмечается выраженная двигательная вялость, непродуктивность интеллектуальных процессов. Больные жалуются, что все приходится делать «через силу». Даже повседневные процессы самообслуживания (туалет, приготовление пищи и т.д.) требуют крайнего волевого напряжения. Иногда, особенно в позднем возрасте, на фоне сниженного настроения одновременно с чертами вялости и апатии наблюдаются раздражительность, ворчливость, угрюмость с неприязненным отношением к окружающим, реже с идеями материального ущерба;

в) *астено-депрессивные состояния*. Как и при других депрессивных состояниях в этой группе ведущими являются признаки пониженного настроения. В то же время при данной форме депрессии пониженное настроение сочетается с недержанием аффекта, слезливостью, повышенной утомляемостью, чувством беспомощности, в то время как витальное чувство тоски и бредовые расстройства отсутствуют. Наблюдаются нарушения сна и аппетита. При небольшой глубине депрессий состояние на-

поминает невротическое (неврозоподобное) с преобладанием астении. Дифференциально-диагностические критерии: наличие стойких аффективных (депрессивных) нарушений, депрессивное содержание мышления, суточные колебания настроения;

г) *состояния гипоманий циклотимического типа*. Состояние больных при данном синдроме характеризуется несколько повышенным настроением, двигательной и интеллектуальной активностью. В отличие от маниакальных состояний все симптомы мании рудиментарны, в связи с чем больные сохраняют продуктивность и продолжают работать; поведение больных резко не нарушено. Определяющее в их состоянии — веселый, жизнерадостный, «солнечный» аффект, некоторая переоценка своих возможностей. Иногда больные могут быть резкими и грубыми, несколько расторможенными, но эти симптомы не являются ведущими при данном синдроме;

д) *состояния гипоманий с психопатоподобным поведением*. Клиническая картина состояний этой рубрики характеризуется сочетанием гипоманиакального аффекта с психопатоподобным поведением. Преобладает моторный компонент гипоманий, сопровождающийся эмоциональной взрывчатостью и расторможенностью влечений. Как правило, больные взбудоражены, подвижны, повышенно раздражительны, легко вступают в споры, переходят на повышенный тон. Характерны бестактность и фамильярность в обращении с окружающими, придирчивость и повышенная требовательность в семье, стремление навязать близким свои желания. Наряду с деспотичностью и требовательностью больные часто проявляют крайнее равнодушие к близким. В некоторых случаях, особенно при резком усилении влечений (чаще сексуальных или к алкоголю и наркотикам), поведение больных принимает гебоидный характер. В других случаях проявляется стремление к сутяжной деятельности. Больные в этом состоянии нередко совершают правонарушения. Для отнесения состояния в данную рубрику значение имеет выявление при направленном исследовании стойкого гипоманиакального аффекта и фазный характер психопатологических нарушений;

е) *частые повторные субдепрессивные состояния с краткими ремиссиями между ними*. Сюда следует относить те случаи субдепрессивных приступов, точная датировка возникновения

и определение длительности при которых, как субдепрессивных состояний, так и ремиссий, затруднены. Ремиссии здесь очень короткие (дни, недели), депрессивные состояния несколько более продолжительны. Для клинической картины депрессивных нарушений характерны легкие проявления депрессивной триады (пониженное настроение, неглубокая интеллектуальная и психомоторная заторможенность), однако чувство витальной тоски или выраженной психической анестезии могут наблюдаться лишь в рудиментарной форме. Трудоспособность больных обычно сохранена, хотя иногда несколько снижена, если у больных наблюдаются субдепрессивные состояния, прерывающиеся короткими и неглубокими светлыми промежутками;

ж) *частая смена субдепрессивных и гипоманиакальных состояний с краткими ремиссиями между ними*. Данный шифр применяется в тех случаях, когда помимо субдепрессивных приступов («а», «б») наблюдаются и гипоманиакальные («г», «д») с короткими светлыми промежутками между ними;

з) *непрерывная смена субдепрессивных и гипоманиакальных состояний*. Синдром характеризуется постоянной сменой субдепрессивных и гипоманиакальных состояний без возникновения ремиссий между ними.

2. Развернутые аффективные состояния

А. Депрессивные состояния:

а) *депрессивные с навязчивостью*. В состоянии больных при данном синдроме обычно наблюдаются все признаки депрессивной триады: чувство тоски, идеаторная и моторная заторможенность, которые, однако, чаще выражены незначительно. На первый план в клинической картине выступают различного рода навязчивые расстройства, сопровождающиеся сознанием их чуждости и стремлением к их преодолению. Несмотря на подавленность и пониженную самооценку, депрессивные расстройства в поведении больных не находят заметного выражения и внешне больные не выглядят чрезмерно подавленными. Жалобы больных имеют крайне стереотипный, монотонный характер. Упоминается не столько пониженное настроение, сколько различного рода навязчивые расстройства с подробным их перечислением и описанием: неприятного содержания воспоминания, вызывающие чувство стыда и раскаяния, ипохондрические, типа овладе-

вающих представлений и т.д. Иногда это затрудняет правильную квалификацию состояния больных, особенно в тех случаях, когда в их поведении заметное место занимают психопатоподобные черты: капризность, раздражительность и брюзгливость, требование повышенного внимания к себе, конфликтность. Однако при подробном расспросе больных выявляются колебания настроения, упорные суицидальные мысли и попытки. Такие состояния имеют нередко тенденцию к затяжному течению. Характерно, что после купирования приступа полностью исчезают и навязчивые расстройства, даже у личностей психастенического склада, навязчивости у которых в приступе носили психастенический характер (навязчивые влечения, действия, страхи и т.п.);

б) *депрессии клинического типа с идеями самообвинения, осуждения или иным депрессивным бредом*. К данной группе относятся депрессивные синдромы, в клинической картине которых ведущим расстройством является классическая депрессивная триада: тоска, моторная и идеаторная заторможенность. Признаки триады, как правило, равновыражены. Характерная черта этого типа депрессий — чувство «витальности» переживаний. Больные жалуются на ощущение физической тоски, локализуемой чаще в области сердца и груди. События прошлого, настоящего и будущего видятся в мрачных красках. Самооценка больных резко снижена, нередко больные высказывают идеи самоунижения, самообвинения и осуждения. Депрессивные идеи иногда имеют не бредовой, а сверхценный характер, особенно на начальных этапах развития синдрома. Больные крайне преувеличивают свои недостатки, мелкие факты из прошлого, придавая им первостепенное значение. Для данного синдрома типичны отчетливые суточные колебания настроения с улучшением во второй половине дня, когда также уменьшается интенсивность сниженной самооценки и депрессивных идей. Характерны, кроме того, соматические (вегетативные) расстройства: запор, сухость слизистых, мидриаз, нарушение сна и аппетита;

в) *анестетические депрессии*. Данные состояния характеризуются неполной выраженностью депрессивной триады. Преобладают обычно аффективные расстройства, которые все же не имеют «витальной» окраски. Моторная и идеаторная заторможенность представлена в значительно меньшей степени.

На первый план выступают явления психической анестезии, в связи с чем больные иногда вообще не жалуются на сниженное настроение, характеризуя свое состояние как бесчувственное. Это обычно крайне болезненно переносится больными и причиняет им большие страдания. В других случаях явление психической анестезии сочетается с вялостью и апатией, что несколько смягчает страдания больного. При описании своего состояния больные часто многословны, считают, что врач их не понимает, или они сами дают искаженную информацию. Суточные колебания могут быть выражены в различной степени. Иногда клиническая картина принимает монотонный, однообразный характер, приступ становится затяжным;

г) *депрессии с тревогой и ажитацией*. Этот тип депрессии характеризуется отсутствием моторного компонента триады в картине состояния и преобладанием в ней тревоги и ажитации. Тоскливый аффект хотя и выражен достаточно сильно, однако отступает на второй план. На первый же план выходит чувство тревоги (часто безотчетное), состояние беспокойства, ожидание неминуемой катастрофы. В таких случаях больные не могут находиться на одном месте, тревожно ходят из угла в угол; в более тяжелых случаях — мечутся по палате, хватаются за окружающих, умоляют о помощи или о том, чтобы их убили и этим прервали их страдания, рвут на себе одежду и волосы, наносят себе повреждения. В крайне тяжелых случаях может возникать состояние тревожного раптуса. Для данного синдрома чрезвычайно типичны суицидальные попытки, которые предпринимаются без всякой предварительной подготовки, иногда прямо на глазах у окружающих. При стойкости выраженного ажитированного состояния движения и высказывания больных иногда становятся стереотипными: они однообразно раскачиваются в постели, заламывают руки, многократно повторяют одно и то же высказывание. Содержание бредовых расстройств депрессивное, они носят отрывочный характер, не получая полного развития, бред интерметаморфозы отсутствует. При более полном развитии бредовых расстройств и появлении бреда интерметаморфозы состояние следует относить к депрессивно-параноидному;

д) *депрессии с преобладанием заторможенности*. В данную группу относят такие состояния, при которых на первый план

в клинической картине депрессии выступает выраженная двигательная и интеллектуальная заторможенность. В этих случаях при резко подавленном настроении с «витальным» чувством тоски больные малоподвижны, речь и движения их замедленны. Такие больные при обследовании на вопросы отвечают скупо, односложно, крайне медленно, после длительных пауз. Они сообщают об очень замедленном течении мыслей, времени и т.д. Иногда двигательное торможение может достигать субступора или полного моторного оцепенения (депрессивный ступор).

Б. Маниакальные состояния:

а) *маниакальные состояния классического типа, в том числе с маниакальным бредом*. Состояния данной группы характеризуются типичной маниакальной триадой: повышенное настроение, психомоторное возбуждение и ускорение ассоциативных процессов. Компоненты триады, как правило, равновыражены. Больные деятельны, активны, строят много планов. На начальных этапах развития синдрома продуктивность больных сохраняется или даже увеличивается. При утяжелении состояния усиливается возбудимость, деятельность больных постепенно теряет целенаправленный характер, усиливается отвлекаемость, вплоть до гиперметаморфозы, нарастает двигательное возбуждение. На высоте состояния возбуждение становится хаотичным, речь — непоследовательной (скачка идей). У больных часто определяются идеи переоценки своих возможностей, своей личности. В некоторых случаях мания может сочетаться с маниакальным бредом (величия, реформаторства, изобретательства и т.д.). В одних случаях бредовая симптоматика носит разрозненный, несистематизированный характер, в других она имеет тенденцию к некоторой систематизации, не достигающей, однако, полного завершения. В то же время бредовые расстройства обязательно имеют аффективный характер, отсутствуют явления растерянности, бред интерметаморфозы, антагонистические бредовые идеи «борьбы партий», симптомы помраченного сознания;

б) *непродуктивные маниакальные состояния*. Состояния, относимые в данную группу, отличаются от предыдущих незначительным ускорением ассоциативных процессов. В связи с этим на фоне повышенного настроения отмечается преобладание двигательной активности (но не интеллектуальной), отсутствует

стремление к целенаправленной деятельности, в незначительной степени выражена отвлекаемость. Таким больным свойственны пустая говорливость, рассуждательство, однообразный характер деятельности, часто принимающей «машинный характер», довольно узкие и односторонние контакты с окружающими. Иногда наблюдается выраженное двигательное возбуждение;

в) *экзальтированная мания*. Особенность данного типа маниакальных состояний — своеобразный характер аффекта, который имеет оттенок сентиментальности и экзальтации, иногда доходящей до экстаза. В этих случаях обычно не наблюдается выраженного двигательного возбуждения, ассоциативные процессы ускорены незначительно. Поведение и речь больных производят впечатление крайней легкомысленности, распущенности. Идеи переоценки обычно наивны и нелепы. Деятельность таких больных чаще имеет малопродуктивный характер, не выходя обычно за рамки пустого прожектерства;

г) *гневливая мания*. Данное состояние характеризуется резким преобладанием в клинической картине повышенной раздражительности, возбудимости и гневливости. Такие больные обычно бывают чрезмерно требовательными, придирчивыми, грубыми и высокомерными в общении с окружающими. Несмотря на повышенное настроение, совершенно не терпят возражений, по любому незначительному поводу дают бурные вспышки возмущения и гнева, порой переходящие в угрозу агрессии или в прямую агрессию;

д) *мания со спутанностью*. Данные маниакальные состояния характеризуются крайней степенью ускорения ассоциативных процессов и резким хаотическим двигательным возбуждением. Нескончаемый поток ассоциаций приводит к тому, что речь больных теряет логическую стройность, становится сбивчивой, непоследовательной, часто превращаясь в бессвязный набор слов, восклицаний и междометий. На высоте состояния наблюдается помрачение сознания с последующей частичной амнезией;

ж) *смешанные небредовые аффективные состояния*. Для состояний, относимых в данную группу, характерно одновременное сочетание в клинической картине черт, свойственных как депрессивному, так и маниакальному синдрому. В широком смысле сюда входят «заторможенная мания», депрессия с ускорением

течения представлений или депрессии с отсутствием психомоторной заторможенности. Однако к использованию данного кода следует прибегать в исключительных случаях, отдавая предпочтение одному из синдромов — маниакальному или депрессивному, в зависимости от симптоматики, определяющей состояние больного. Только в тех случаях, когда соотнести состояние больного с одним каким-либо определенным (маниакальным или депрессивным) синдромом практически невозможно, применяют данный шифр;

з) *непрерывная смена небредовых депрессивных и маниакальных состояний*. Состояние больных характеризуется непрерывным чередованием выраженных аффективных полярных состояний. При этом переход от депрессии к мании и от мании к депрессии происходит без светлых промежутков (ремиссий). Возможно лишь ослабление аффективных проявлений при смене фаз или возникновение в этот период смешанных состояний. Этим же шифром определяются сдвоенные фазы.

3. Аффективно-бредовые и аффективно-кататонические состояния:

а) *депрессии с бредом недепрессивного содержания* (*без автоматизмов и интерметаморфозы*). Характерная особенность данного состояния — наличие в клинической картине помимо признаков депрессии бредовых расстройств в основном персекуторного содержания. Больные высказывают бредовые идеи преследования, отношения, отравления, супружеской неверности и т.д. В одних случаях наблюдается тенденция к некоторой систематизации бредовых расстройств; в других преобладают бредовые расстройства ипохондрического содержания, которые иногда приобретают нигилистический или фантастический характер. Для этого состояния характерно отсутствие галлюцинаций, автоматизмов, бреда инсценировки, ложных узнаваний, свойственных депрессивно-параноидному синдрому. Необходимо отличать также идеи преследования от идей осуждения. В последнем случае, хотя больные и говорят о преследовании, однако преследование ведется с целью справедливого возмездия за мнимые преступления больных;

б) *депрессии с галлюцинациями и псевдогаллюцинациями*. Состояние больных при данном синдроме характеризуется со-

четанием стойкого депрессивного аффекта (иногда атипичного) с явлениями вербального галлюциноза (псевдогаллюциноза). Галлюцинаторные переживания чаще имеют депрессивное содержание и, как правило, носят «неотступный» характер. От галлюцинаторных состояний, сопровождающихся пониженным настроением, синдром отличается тем, что ведущими здесь являются аффективные расстройства;

в) *депрессивно-параноидные состояния без синдрома Котара*. Состояния данной группы принадлежат к числу сложно структурированных синдромов. При депрессивно-параноидном состоянии наряду с выраженными аффективными расстройствами, сочетающимися с тревогой и ажитацией, имеются и бредовые расстройства, обладающие рядом особенностей. Для данного синдрома характерны бред интерметаморфозы (бред инсценировки) в сочетании с вербальными иллюзиями, бредом особого значения, ложными узнаваниями. Общая фабула бреда имеет депрессивное содержание с идеями виновности и осуждения. Больные крайне тревожны, мечутся в ожидании страшной кары, слышат, как окружающие их осуждают, проклинают, подготавливают показательный суд и т.д. Однако в ряде случаев помимо бредовых расстройств с депрессивной фабулой могут наблюдаться и бред персекуторного содержания, а также признаки синдрома Кандинского—Клерамбо с галлюцинациями (псевдогаллюцинациями). Следует иметь в виду, что бред интерметаморфозы облигатный, но неспецифический признак депрессивно-параноидного синдрома, так как часто встречается в структуре других психопатологических состояний. Наибольшие трудности могут возникнуть при отграничении данного синдрома от инициального этапа онейроидного приступа, в случае если последний развивается на депрессивном фоне. Для разграничения этих состояний имеют значение особенности бреда интерметаморфозы. При депрессивно-параноидном синдроме бред интерметаморфозы носит фабульный характер: больные узнают в окружающих родных и знакомых, которые собрались с более или менее определенной целью (осуждение, подготовка кары), с этой же целью вокруг разыгрывается спектакль. На инициальном этапе развития онейроида ложные узнавания крайне лабильны, больные не понимают, почему те или иные лица из окружающих напоминают им род-

ных или знакомых; имеется ощущение, что вокруг разыгрывается спектакль, но непонятно с какой целью и т.д.;

г) *депрессивно-параноидные состояния с синдромом Котара*. Данные состояния отличаются от предыдущих тем, что бред виновности и осуждения приобретает характер громадности. В таких случаях больные считают, что их вина безгранична, из-за их преступлений может пострадать вся страна, весь мир, наконец, вся вселенная. Ожидающая их кара также ужасна, платой за их преступления могут быть только мучения в вечном бессмертии (бред Котара). В других случаях бред приобретает нигилистический характер — родственники больных умерли, человечество исчезло с лица земли, мир погиб, ничего нет, больной остался один. Наконец, синдром Котара может иметь ипохондрическое содержание (выраженный ипохондрический бред, синдром с бредом отрицания). В этих случаях больные говорят, что все их тело, внутренние органы подвергаются разложению, гниению (или уже разрушены, сгнили), внутри ничего нет, «пустота» или, напротив, что их внутренние органы до отказа чем-то заполнены, вследствие чего организм не функционирует и их ожидает смерть. Следует иметь в виду, что все разновидности синдрома Котара могут встречаться и при других депрессивных состояниях. Отличительная особенность состоит в том, что в этих случаях отсутствуют бред интерметаморфозы и другие признаки депрессивно-параноидного состояния;

д) *мания с бредом преследования*. Состояния, относимые в данную группу, от «чистых» маниакальных синдромов отличаются тем, что у больных появляются обычно не свойственные мании бредовые расстройства персекуторного содержания. При последующем развитии синдрома идеи преследования нередко принимают характер бреда «протекции». Больные начинают «понимать», что слежка за ними ведется с благожелательными намерениями, их стараются оберечь от неправильных поступков и совершения ошибок, с помощью слежки выясняют, подходят ли они для выполнения особого задания, высокой миссии и т.д. В ряде случаев синдром может трансформироваться в острый парафренный, что требует соответствующего кодирования;

е) *мании с галлюцинациями и псевдогаллюцинациями*. Состояние больных в этих случаях характеризуется сочетанием

маниакального аффекта с вербальными галлюцинациями или псевдогаллюцинациями. Как правило, «голоса» имеют «информирующий» характер: больные слышат похвалы, восхищения их достоинствами, сообщения об их высоком происхождении и предназначении, о том, что от них зависит исход борьбы между различными партиями и т.п. Двигательная активность таких больных обычно менее выражена, чем при других маниях; интеллектуальная деятельность малопродуктивна. Больные, как правило, пассивны, субъективно не чувствуют себя творцами великих идей и вершителями судеб и часто говорят, что о своей высокой миссии узнают только от «голосов». Случаи острой галлюцинаторной парафрении также следует относить в данную рубрику;

ж) *состояния острой экспансивной парафрении*. Особенность клинической картины этих состояний состоит в сочетании выраженных аффективных и фантастических бредовых расстройств. Доминируют бредовые расстройства фантастического содержания: бред величия, великих изобретений, реформаторства, знатного происхождения и т.д. В то же время тенденция к систематизации отсутствует, бред отличается острым чувственным характером, с большой изменчивостью фабулы. Наблюдаются выраженные явления бреда интерметаморфозы с ложными узнаваниями, иллюзорными расстройствами, антагонистической борьбой партий и т.д. Характерны яркие, образные, аффективно-окрашенные проявления синдрома Кандинского— Клерамбо. Однако галлюцинации (псевдогаллюцинации) и бред воздействия становятся экспансивными: «голоса» хвалят, восхищаются, больной сам обладает гипнотическими способностями, может оказывать воздействие на окружающих, великих людей, на процессы, происходящие в природе и т.д. Однако если состояние трансформируется в галлюцинаторную парафрению, его следует квалифицировать как предыдущий синдром «е». Аффективные нарушения при данном состоянии изменчивы и варьируют от экстатического до депрессивного со страхом и ожиданием мировой катастрофы. Но маниакальный аффект все же преобладает. Данное состояние следует отличать от этапов развития онейроидного помрачения сознания, когда наблюдаются также многочисленные зрительные галлюцинации и псевдогаллюцинации,

появляются кататонические симптомы и выраженные явления растерянности, а бред интерметаморфозы не имеет последовательной фабулы;

з) *частая смена аффективно-бредовых состояний*. В данную группу относят случаи, когда при аффективно-бредовых состояниях наблюдается частая смена аффекта на полярно противоположный (с соответствующим изменением содержания бредовых расстройств) без светлых промежутков. Если один тип состояния явно преобладает, синдром следует относить в соответствующую группу;

и) *маниакально-кататонические и маниакально-гебефренные состояния*. Особенность данных состояний — сочетание маниакальных и кататоно-гебефренных расстройств, при этом истинное повышение настроения с ускорением интеллектуальных процессов и увеличение продуктивности для них не характерны, в связи с чем в широком смысле они могут быть отнесены к кругу атипичных проявлений маниакального синдрома. Определяющим признаком в состоянии больных следует считать повышенную двигательную активность с оттенком кататонического нецеленаправленного возбуждения, с дурашливостью, гримасничаньем, клоунадой, склонностью к плоским шуткам, тенденцией к нелепым, часто импульсивным поступкам. На высоте маниакально-гебефренного состояния нередко наблюдается *пуэрилизм*. Как при маниакально-кататоническом, так и при маниакально-гебефренном состояниях отмечаются отдельные бредовые идеи и вербальные галлюцинации (псевдогаллюцинации). Следует отличать данные состояния от онейроидных и острых парафренных состояний, если последние сопровождаются выраженными двигательными нарушениями.

Сверхценные образования и паранойяльные состояния

1. Сверхценные образования:

а) *состояния с преобладанием «метафизической интоксикации»*. Данный синдром обычно возникает на фоне выраженных изменений личности при рано начавшемся шизофреническом процессе и определяется явлениями рудиментарной паранойяльности. Для больных в этом состоянии наиболее характерно

увлечение различными философскими учениями (собственно «метафизическая интоксикация»), носящее утрированный, часто карикатурный и крайне непродуктивный характер. Больные занимаются разрешением сложных вопросов философии и математики, не будучи достаточно подготовленными; делают бесчисленные, бессистемные и бесцельные выписки из различных научных источников, пытаются писать псевдонаучные трактаты по искусству, литературе и т.д., создавать собственные теории. Теоретические построения больных обычно идут вразрез с общепринятыми взглядами, чрезмерно претенциозны и непонятны для других. Очень часто наблюдаются повышенная самооценка и высокомерие по отношению к окружающим. Эти увлечения постепенно становятся единственным содержанием и смыслом жизни, а деятельность носит крайне непродуктивный, иногда — нелепый характер. Занимаясь разработкой системы общественного переустройства, религиозного мировоззрения или вопросов мироздания, больные не замечают вопиющих противоречий в своих теориях.

В некоторых случаях «научная деятельность» сводится к бессмысленному заучиванию названий железнодорожных станций, составлению транспортных схем или механическому переписыванию статей из энциклопедии. Данный синдром необходимо отличать от похожих состояний особых интересов при пубертатных сдвигах, источником которых являются повышенная внушаемость и стремление к подражанию. Однако в последнем случае интересы и деятельность больных никогда не носят столь карикатурный и непродуктивный характер, как при «метафизической интоксикации», кроме того, отсутствует изменение личности;

б) *сверхценная дисморфофобия, психическая анорексия и другие сверхценные образования*. К данной группе относят состояния, клиническая картина которых определяется повышенным вниманием больных к себе и своей внешности, приобретающим сверхценный характер. В одних случаях больные уделяют чрезмерное внимание своим реально существующим, но подчас весьма незначительным физическим недостаткам, в других — недостаткам мнимым, которые являются результатом сопоставления своей внешности с воображаемым «идеалом».

Для исправления своих физических «недостатков» больные прибегают к строгой диете, повышенным физическим нагрузкам. Настроение у таких больных чаще бывает сниженным, иногда возникают суицидальные мысли и тенденции. В некоторых случаях наблюдается повышенная сенситивность. Однако в отличие от депрессивной дисморфофобии, здесь отсутствуют суточные колебания настроения, чувство витальной тоски, моторная и идеаторная заторможенность, а в отличие от паранойяльной дисморфофобии у таких больных никогда не бывает стройной системы, идей отношения, тенденции к бредовой интерпретации.

В эту же группу следует относить явления сверхценной психической анорексии и другие сверхценные расстройства, не вошедшие в предыдущие группы.

2. Паранойяльные состояния:

а) *рудиментарные формы паранойяльного бреда* (*паранойяльный персекуторный бред*). Для данных состояний характерны монотематичность и доминирующий характер бреда (больные полностью «одержимы» им), аффективная насыщенность переживаний при известной психологической «понятности». Содержание бредовых идей может быть разнообразным: реформаторство, сутяжничество, ревность, изобретательство, сенситивный бред отношения, ипохондрические идеи и т.д. В некоторых случаях наблюдается паранойяльный дисморфофобический бред — бредовая убежденность в наличии физического недостатка (неправильное строение тела, отдельных органов или неправильные отправления организма).

Больные в таких состояниях полностью поглощены бредовой идеей, деятельность их часто носит целенаправленный характер, устремленный к реализации собственных притязаний. В окружающей действительности они находят множество фактов, которые якобы подтверждают их правоту. При этом игнорируется все, что противоречит такому толкованию. Имеется корреляция содержания бреда и аффективного фона. Бред ревности, ипохондрический, сенситивный бред отношения чаще сопровождаются депрессией, в то время как бред притязания (сутяжный, изобретательства, реформаторства) сочетается с гипоманиакальным аффектом. Во всех случаях характерно отсутствие или слабая выраженность идей персекуторного содержания;

б) *синдромы стойкого паранойяльного систематизированного бреда*. Клиническая картина у больных с данными состояниями определяется наличием стойкого паранойяльного бреда со строгой систематизацией и детальной разработкой фабулы, отрывом системы патологических взглядов от реальности при внешне логическом ее построении. Характерно наличие идей персекуторного содержания либо только в виде монотематического, детально разработанного бреда преследования, либо в сочетании с бредом другого содержания (изобретательства, ревности, ипохондрическим и т.д.). Поведение больных и их взаимоотношения с окружающими всецело определяются бредовыми расстройствами, вследствие чего всегда наблюдается разной степени выраженности бредовая активность. Поступки и слова окружающих, события повседневной действительности трактуются больными исходя из их бредовых построений (бред толкования). Постепенно бред становится все более нелепым. Добиваясь «справедливого решения вопроса», больные включают в число своих врагов все новых людей. Бредовые расстройства сопровождаются монотонным напряжением аффекта, больные стеничны, активны. Несмотря па персекуторное содержание бреда, настроение часто приподнятое. При ипохондрическом бреде (бред болезни) убежденность в каком-либо заболевании сочетается с уверенностью в том, что врачи сознательно не хотят помочь, что они связаны с недоброжелателями больного и т.д. В последующем появляется бред преследования. Подобные бредовые состояния в одних случаях формируются постепенно, в других — бредовые идеи могут возникать по типу «озарения» или внезапных мыслей, которые в дальнейшем подвергаются разработке и систематизации. В зависимости от нозологической принадлежности и возраста больного синдром имеет значительные отличия. Так, при органических заболеваниях головного мозга иногда наблюдается высокая степень конкретизации содержания бреда без выраженной тенденции к расширению. Иногда паранойяльный синдром сочетается со стойко пониженным настроением, астенией или с идеями самообвинения. Паранойяльные синдромы, возникающие в позднем возрасте, также характеризуются меньшей разработанностью и более конкретным обыденным содержанием («бред малого размаха»), со слабой тенденцией к систематиза-

ции. Персекуторный бред выражается в идеях отравления, сопровождается иллюзиями обоняния и вкуса;

в) *состояния паранойяльного бреда с аффективными расстройствами.* В отличие от других типов паранойяльных состояний отсутствует подробно разработанная детализация бреда, характерны довольно выраженные аффективные нарушения. И хотя бред развивается быстро, состояние не сопровождается растерянностью, бредовой напряженностью и экспансивностью, как это наблюдается при острых паранойяльных состояниях. Содержание бредовых расстройств, сочетаясь с соответствующим фоном настроения, может быть довольно разнообразным. При депрессии отмечаются идеи ревности, ипохондрии; при гипомании — бред изобретательства, реформаторства, сутяжничества. В то же время аффективные расстройства не являются ведущими в состоянии и не определяют поведения больных, что не позволяет относить данные состояния в соответствующие группы аффективных синдромов. Сами аффективные нарушения обладают рядом особенностей. Депрессивные расстройства протекают с преобладанием вялости, жалобами на утомляемость, потерю жизненного тонуса, без витального аффекта тоски, идеаторной и моторной заторможенности. Гипоманиакальные расстройства характеризуются повышенной деятельностью, раздражительностью; отсутствует чувство радости, благополучия и довольства.

Галлюцинаторно-бредовые состояния

1. Острые галлюцинаторно-бредовые состояния:

а) *острые паранойяльные состояния.* Состояние характеризуется остро возникающим интерпретативным бредом. По своей структуре (отчетливое преобладание бреда толкования с тенденцией к систематизации) и содержанию бредовых расстройств (бред преследования, отравления, ипохондрический и т.д.) клиническая картина этой рубрики в значительной степени напоминает картину паранойяльного этапа хронического бреда. Однако стремительное развитие (в течение нескольких дней или недель), отсутствие полной завершенности, тенденции к систематизации и выраженные признаки остроты состояния (растерянность, элементы бреда значения, аффективно-бредовая напряженность с тревогой и подавленным настроением) позволяют легко отли-

чить данное состояние от хронического паранойяльного бреда. Наряду с наиболее часто встречающейся персекуторной тематикой в некоторых случаях может развиться острый паранойяльный бред с экспансивным содержанием: идеи величия, изобретательства, реформаторства, эротического характера, обычно на фоне гипоманиакального аффекта. В позднем возрасте часто наблюдаются паранойяльные идеи ущерба или ревности. Галлюцинации и псевдогаллюцинации при остром паранойяльном синдроме либо полностью отсутствуют, либо представлены рудиментарно;

б) *острые бредовые* (*параноидные*) *состояния*. Для данных состояний характерно острое, почти внезапное начало и быстрое развитие развернутого психопатологического синдрома острого чувственного бреда, с недоумением и растерянностью, аффектом страха, тревоги, симптомами положительного и отрицательного двойника, вербальными иллюзиями и галлюцинациями. Бредовые расстройства ярки, образны, конкретны и различны по содержанию (идеи преследования, отношения, протекционного характера и т.д.), в то же время отсутствует систематизация. Окружающая обстановка, разговоры воспринимаются больными иллюзорно; выражен бред значения. В разговорах больные слышат намеки, угрожающие реплики в свой адрес; предметы имеют особый многозначительный смысл. Больные уверены, что вокруг ведется непонятная игра, все изменяется как в калейдоскопе. Симптоматика крайне подвижная, непостоянная. Имеющийся бред воздействия и явления психического автоматизма также чувственны, конкретны, остры и непоследовательны. Острые бредовые состояния часто наблюдаются как этап в развитии онейроидного синдрома и в этих случаях шифруются соответствующим кодом. В данную группу такое состояние включается только при «абортивных» приступах (от редуцированного онейроида они отличаются содержанием бредовых расстройств). Сюда же следует относить острые бредовые состояния, развивающиеся вслед за нерезко выраженными аффективными расстройствами (гипоманиакальными и субдепрессивными). В этих случаях помимо бреда значения, инсценировки, тревоги со страхом и растерянностью имеет место интерпретативный бред, как правило, обыденного содержания;

в) *острые галлюцинаторные состояния без синдрома Кандинского—Клерамбо*. Состояние характеризуется обильными, крайне изменчивыми по содержанию и внешней проекции истинными вербальными галлюцинациями. «Голоса» могут быть как фрагментарными, не связанными между собой по тематике, так и приобретать сценоподобный (с единой фабулой) характер. Ориентировка больных сохранена, сознание не нарушено. Аффективные расстройства определяются чувством страха, тревоги. Поведение больных зависит от содержания «голосов»; часто больные возбуждены. Бредовые высказывания не имеют тенденции к систематизации и представляют собой некритичный пересказ содержания галлюцинаторной информации (галлюцинаторный бред). Изменения в окружающей обстановке нередко тотчас отражаются на интенсивности и содержании галлюцинаторных проявлений;

г) *острый синдром Кандинского—Клерамбо*. Для данного состояния характерно острое возникновение выраженных признаков разнообразных психических автоматизмов на фоне аффекта страха, тревоги и чувства растерянности. Бредовые идеи воздействия отличаются большой чувственностью, остротой, несистематизированностью и изменчивостью, ипохондрическими идеями. Имеющиеся галлюцинаторные и псевдогаллюцинаторные расстройства также изменчивы и ярки. Окружающая обстановка воспринимается как при бредовых расстройствах; могут наблюдаться ложные узнавания, бред интерметаморфозы, отдельные кататонические включения. Присутствуют разнообразные психические автоматизмы: ассоциативные (симптомы открытости, ментизма, насильственного мышления), сенестопатические (вызванные ощущения), аффективно-эмоциональные (сделанное настроение), моторные (сделанные движения, поступки) и т.д.

Больные чувствуют себя полностью управляемыми, а деятельность собственного организма отчужденной, «сделанной», насильственной. В одних случаях явно преобладает какой-то один автоматизм, в других могут наблюдаться все автоматизмы одновременно. Степень их выраженности различна: от симптомов открытости и ментизма до чувства полного овладения.

2. Хронические галлюцинаторно-бредовые состояния:

а) *галлюцинаторный вариант синдрома Кандинского—Клерамбо*. Для параноидных состояний, относимых к данной рубрике, характерно преобладание в клинической картине псевдогаллюцинаций и явлений психических автоматизмов. Развитие этого состояния, как правило, начинается с возникновения вербальных иллюзий и элементарных галлюцинаций. В дальнейшем появляются «голоса», сначала индифферентного (комментирующие мысли и поступки больных), а в последующем и персекуторного содержания. Отмечается также переход истинных галлюцинаций в псевдогаллюцинации, к которым в дальнейшем присоединяются и другие компоненты синдрома психического автоматизма. В других случаях бредовые расстройства могут предшествовать развитию развернутого синдрома Кандинского—Клерамбо, однако с возникновением псевдогаллюциноза бред принимает галлюцинаторный характер. «Голоса» комментируют поведение больных и происходящее вокруг, повторяют или внушают мысли, противоречивые приказы, сообщают, что именно они вызывают те или иные ощущения, влияют на мысли, управляют деятельностью больного. Наиболее часто и раньше остальных наблюдаются идеаторные компоненты психических автоматизмов, позже и реже — сенсорный и сенестопатический, а также моторный. В некоторых случаях в состоянии больных преобладают множественные неприятные нелокализованные причудливые ощущения в теле, сопровождающиеся, как правило, галлюцинациями общего чувства и функциональными псевдогаллюцинациями. Появляются бредовые идеи заражения, болезни. Однако сенестопатические расстройства при данном синдроме сохраняют характер сделанности, насильственности и чуждости, сочетаются с бредом физического воздействия. В отличие от бредового варианта синдрома Кандинского—Клерамбо в данном случае имеющиеся бредовые расстройства не занимают доминирующего положения в клинической картине, они более образны, без выраженной систематизации бреда;

б) *бредовой вариант синдрома Кандинского—Клерамбо*. Данное состояние характеризуется преобладанием в клинической картине бредовых расстройств. При этом превалирует бред психического и физического воздействия с различными вариан-

тами фабулы: идеи преследования, метаморфозы, одержимости, двойника, благожелательного воздействия и т.д. Психические автоматизмы представлены как в виде отдельных компонентов, так и всеми видами сразу: идеаторным (открытость, овладение), моторным (отчуждение движений), сенсорным (вызванные причудливые ощущения). Поведение больного определяется псевдогаллюцинаторными переживаниями. Больные рассказывают о преследователях, которые воздействуют на них посредством гипноза, телепатии, с помощью разного рода аппаратов, управляют их мыслями, отнимают память, вмешиваются в физические отправления и т.д. Больные не столько «ощущают» это воздействие, сколько «знают» о нем, «знают» о сделанности своих поступков, мыслей и т.д. Иногда развитие этого варианта синдрома Кандинского—Клерамбо приводит к бредовой деперсонализации. В таких случаях больные сообщают, что они перестали руководить своими мыслями, поступками, чувствами, стали «управляемыми роботами», «механизмами», «автоматами» в руках своих преследователей;

в) *параноидные состояния с явлениями циркулярности*. Особенность клинической картины при данных состояниях — сочетание стойких параноидных расстройств с аффективными, которые могут иметь циркулярный характер. Бредовые нарушения и психические автоматизмы занимают основное место в клинической картине, но аффективные колебания несколько видоизменяют и своеобразно окрашивают их. В периоды приподнятого настроения, при сохранении прежней бредовой фабулы и психических автоматизмов, больные становятся более открытыми и разговорчивыми, иногда — экзальтированными и дурашливыми. Появляются отрывочные высказывания о собственной значимости, идеи реформаторства, изобретательства и т.д. Смена аффекта на депрессивный приводит к тому, что больные замыкаются, становятся малоподвижными, иногда у них могут наблюдаться суицидальные тенденции. Бредовая симптоматика и психические автоматизмы сохраняются, хотя тематика бреда может несколько меняться;

г) *бред обыденных отношений* (*с галлюцинациями*). Основная особенность клинической картины в данных случаях состоит в том, что ведущие бредовые расстройства характеризуются

«малым размахом», бредовая фабула включает ограниченное число людей, касаясь непосредственного окружения больных, и не выходит за пределы взаимоотношений в семье, с соседями по квартире, сотрудниками по работе. Наиболее частое содержание бреда — идеи преследования, ущерба, отравления, ревности. Больные считают, что родственники, соседи и т.д. хотят причинить им зло, отравить, выселить из квартиры, развести с мужем и т.п.: соседи каким-то образом, подобрав ключи, проникают к ним в комнату, роются в их вещах, портят мебель и белье, подсыпают в пищу соль, отраву и т.д. Сослуживцы распускают о них порочащие слухи, начальство дает невыгодную работу, муж изменяет с соседкой. Помимо бредовых расстройств в таких случаях обязательно выявляются галлюцинаторные явления и психические автоматизмы, имеющие рудиментарный, эпизодический характер. В инволюционном возрасте для больных характерны вербальные иллюзии, оклики, обонятельные, вкусовые и вербальные галлюцинации (псевдогаллюцинации);

д) *редуцированные параноидные состояния*. Этот раздел объединяет разнообразную группу состояний, в клинической картине которых обнаруживаются все компоненты параноидной симптоматики, однако она представлена в крайне неразвернутом и рудиментарном виде. У больных иногда остается сознание болезненности своих переживаний. Бредовые расстройства почти не изменяют поведение больных, поэтому такие больные реже госпитализируются, а иногда сохраняют трудоспособность. Психические автоматизмы также рудиментарны, наблюдаются эпизодически. Сюда следует относить и бредоподобные фантазии псевдогаллюцинаторного характера. В некоторых случаях сохраняется сознание того, что фантастические переживания — плод творчества самого́ больного, но вместе с тем существует бредовая система интерпретативного характера. При этих состояниях наряду с галлюцинациями воображения, истинными и функциональными галлюцинациями также могут отмечаться псевдогаллюцинаторные расстройства;

е) *хронические вербальные галлюцинации* (*без синдрома Кандинского—Клерамбо*). Состояние больных в этих случаях характеризуется обильными истинными вербальными галлюцинациями. Содержание «голосов» может носить индифферент-

ный, комментирующий (осуждающий или доброжелательный), советующий, реже интерпретативный характер. Больные часто могут четко указать направление и источник «голоса», дать его характеристику по высоте тона, тембру и т.д. Такие бредовые расстройства не имеют собственной фабулы, а только интерпретируют содержание «голосов». При обострении состояния резко усиливается интенсивность галлюцинаторных расстройств, больные становятся молчаливыми, настороженными, часто отрешенными, интенсивно прислушиваются к «голосам». Изредка может наблюдаться двигательное возбуждение;

ж) *тактильные галлюцинозы*. Состояние больных определяется мнимыми ощущениями прикосновений инородных тел или живых организмов, боли, холода и т.д., ощущениями поражения кожи и подкожных тканей мелкими паразитами или мелкими неодушевленными предметами (осколками стекла, песчинками и т.д.). Галлюцинаторные расстройства, как правило, сочетаются с бредом одержимости (дерматозойный бред Экбома в пресенильном возрасте);

з) *несистематизированные бредовые идеи, в том числе с аффективными расстройствами*. В данную рубрику отнесена довольно разнообразная группа состояний со стойкими несистематизированными бредовыми идеями разного содержания: отношения (в том числе сенситивного типа), преследования, отравления, ревности, изобретательства и т.д. Часто бредовые расстройства сопровождаются окликами; вкусовыми, обонятельными и другими галлюцинациями. Однако выраженных проявлений психического автоматизма не наблюдается. Особенность бредовых расстройств — их стойкость без тенденции к систематизации, даже при довольно большой длительности синдрома. В некоторых случаях отмечаются стертые аффективные нарушения (затяжные стертые субдепрессии или гипомании), иногда сменяющие друг друга;

и) *резидуальные бредовые и галлюцинаторные состояния*. К данной группе относят состояния, клиническая картина которых исчерпывается остаточными резидуальными бредовыми и галлюцинаторными расстройствами после перенесенных (чаще острых) психотических состояний. В этих случаях у больных восстанавливается ориентировка, появляется сознание болезни

и понимание того, что многие их переживания являлись результатом заболевания, но полная критика к перенесенному приступу и к настоящему состоянию возникает не сразу. Больные еще некоторое время продолжают высказывать бредовые идеи, соответствующие отдельным галлюцинаторным или бредовым переживаниям, наблюдавшимся во время психотического приступа, принимают эти расстройства по-прежнему за реальность. Постепенно резидуальные бредовые расстройства редуцируются, критика полностью восстанавливается.

3. Парафренные состояния:

а) *систематизированные парафрении*. Состояния, относимые к данной группе, как и другие парафренные расстройства, отличаются богатством психопатологического содержания. Для данного синдрома в клинической картине характерно сочетание фантастического бреда величия, часто сопровождающегося бредом иного происхождения (обычно высокого) и систематизированного интерпретативного бреда преследования. Одновременно наблюдаются бред физического воздействия, явления психических автоматизмов с псевдогаллюцинациями, также приобретающими фантастический характер, ретроспективная бредовая оценка прошлого, ложные воспоминания и узнавания. Однако признаки синдрома Кандинского—Клерамбо выражены относительно слабо. Ведущее место занимают систематизированный интерпретативный бред преследования и фантастические идеи величия. Бредовые расстройства обладают большой эмоциональной насыщенностью. В отличие от острой парафрении отсутствуют выраженные аффективные расстройства и признаки остроты состояния (ложные узнавания как особая форма абсурдных идей). Фон настроения повышен, с оттенком благодушия. Иногда, несмотря на пышную психопатологическую симптоматику, больные длительное время сохраняют профессиональные навыки;

б) *галлюцинаторные парафрении*. В отличие от предыдущего состояния в данном случае доминирующее место в клинической картине занимает синдром Кандинского—Клерамбо. Бред менее систематизирован и часто носит характер изложения псевдогаллюцинаторной информации. Преобладают псевдогаллюцинаторные расстройства. «Голоса» сообщают больным

всевозможные фантастические сведения, предсказывают блестящее будущее, информируют больного о принадлежащих ему талантах и величии, подсказывают «идеи», сообщают о высоком происхождении, называют наместником бога на земле, богом и т.д. Больные утверждают, что «голоса» принадлежат всемирно известным личностям, божеству. Наблюдаются также сенсорные, кинестетические и зрительные псевдогаллюцинации. Бред воздействия и псевдогаллюцинаторные расстройства чаще имеют благожелательный оттенок, настроение больных благодушно-приподнятое. В некоторых случаях при враждебном оттенке псевдогаллюцинаторных расстройств состояние больных довольно мучительно, сопровождается сниженным настроением. Особенно это характерно для случаев, когда преобладают сенестопатические расстройства, также приобретающие крайне причудливый и фантастический характер. В позднем возрасте вербальные галлюцинации могут носить преимущественно характер истинных галлюцинаций, нередко присоединяются тактильные галлюцинации;

в) *конфабуляторная парафрения*. В данном случае клиническая картина определяется сочетанием разнообразных проявлений синдрома Кандинского–Клерамбо с выраженными конфабуляторными расстройствами. Конфабуляции, как правило, имеют фантастическое содержание. В результате возникает конфабуляторный, чаще мегаломанический бред. В этом состоянии у больных обычно преобладает благодушное настроение;

г) *редуцированные формы парафренных состояний*. Данные состояния характеризуются неразвернутостью фантастических бредовых идей величия, неяркой выраженностью симптомов психического автоматизма и отсутствием систематизации бредовых расстройств.

4. Кататонические синдромы:

а) *кататоно-параноидные состояния*. В эту группу относят состояния, клиническая картина которых характеризуется сочетанием кататонических и галлюцинаторно-параноидных расстройств (при этом дифференцированная оценка состояния не представляется возможной);

б) *острые люцидно-кататонические состояния* характеризуются преобладанием кататонической симптоматики, проявля-

ющейся в повышении мышечного тонуса, особенно мышцы шеи и верхних конечностей, скованности движений, кратковременных застываний в однообразной позе, негативизме, немотивированном смехе. Временами больные беспокойны и суетливы, порываются куда-то бежать, задают нелепые вопросы. Кататонические расстройства сопровождаются растерянностью, аффектом недоумения, напряженностью и подозрительностью, необоснованной тревогой, чувством страха. Больные эпизодически или непрерывно испытывают слуховые галлюцинации, высказывают отрывочные идеи преследования, отношения, психического воздействия. Часто выявляются элементы психического автоматизма. В речи больных отмечаются разорванность, соскальзывание. Вместе с тем признаки острого бреда, бредового восприятия, явления интерметаморфозы и иллюзорные переживания у больных не обнаруживаются, чем эти состояния и отличаются от онейроидно-кататонических;

в) *состояния кататоно-гебефренного и кататонического возбуждения, в том числе с галлюцинациями*. Кататоно-гебефренные состояния характеризуются сочетанием кататонического возбуждения с чертами дурашливости и пуэрильности в поведении на фоне эйфорически приподнятого настроения. Больные возбуждены, гримасничают, кривляются, громко хохочут, иногда кричат, поют, приплясывают, прыгают на постели и т.д. В некоторых случаях наблюдается речевое (выраженное) возбуждение с нелепыми высказываниями, плоскими шутками, разорванностью, эхолалией, вычурными неологизмами, импульсивными выкриками. Иногда обнаруживаются отрывочные, нелепого содержания фрагментарные галлюцинаторно-бредовые переживания и высказывания. Кататоно-гебефренное возбуждение может иметь характер пуэрильного поведения. Больные ведут себя как маленькие дети, шалят, дурачатся, сюсюкают. В целом кататоно-гебефренное возбуждение характеризуется непродуктивностью и нелепостью. В более тяжелых случаях, особенно при шизофрении, может наблюдаться элементарное кататоническое возбуждение. Двигательное возбуждение становится стереотипным: больные совершают однообразные движения, напоминающие гимнастические, с частыми ритмичными их повторениями и т.д. В других случаях на высоте состояния может отмечаться

импульсивное кататоническое возбуждение. При этом больные совершают неожиданные, внешне абсолютно не мотивированные поступки, часто агрессивного характера — набрасываются на окружающих, ломают вещи и т.д. Импульсивные действия характеризуются неожиданностью, бессмысленностью и быстротой совершения. Наряду с двигательными стереотипиями отмечается мышечное напряжение, эхопраксии. Следует иметь в виду, что картины кататонического возбуждения в зависимости от заболевания, при котором они наблюдаются, могут значительно отличаться друг от друга, например, не сопровождаться мышечным напряжением, неологизмами в речи и т.д.;

г) *кататонический ступор, в том числе с галлюцинациями*. Состояние характеризуется преобладанием двигательной заторможенности, вплоть до полной обездвиженности. Типичным является принятие однообразных, неестественных, вычурных, нередко эмбриональных поз. Часто отмечаются симптомы «воздушной подушки», «хоботка», «капюшона». Выражены активный и пассивный негативизм, мутизм, нередко такие больные отказываются от еды. Мышечный тонус резко повышен, иногда присутствуют симптомы восковой гибкости. Выражение лица застывшее, маскообразное. Тщательное исследование при отсутствии полного мутизма позволяет обнаружить наличие отрывочных бредовых переживаний. Отмечается сальность кожных покровов, задержка слюны во рту, мочеиспускания и дефекации. В других случаях полностью отсутствует мышечное напряжение (вялый ступор), наблюдаются известная театральность поведения, «игра мимики», вегетативные реакции при упоминании о травмирующих моментах и т.д.

Синдромы расстроенного сознания

1. Делириозные синдромы:

а) *предделириозные состояния, абортивный делирий*. Для этого состояния типичны признаки неразвернутого делирия. В этих случаях ориентировка больных сохранена, но окружающее воспринимается как враждебное и угрожающее. Больные часто крайне суетливы, беспокойны, однако грубого двигательного возбуждения не отмечается. Обращают на себя внимание повышенная говорливость и отвлекаемость больных. При этом

речь, как правило, сбивчивая, непоследовательная. Всякие изменения в окружающей обстановке, шум, разговоры привлекают внимание больного. Эпизодически, чаще в ночное время, возникают иллюзии, парейдолии и истинные (главным образом зрительные) галлюцинации, сопровождающиеся настороженностью, тревогой, страхом. Бредовые расстройства обычно отсутствуют. Наблюдаются выраженные аффективные нарушения, бессонница или яркие тревожные сновидения. Клиническая картина крайне изменчива, временами психотические расстройства полностью исчезают, появляется критика; в другие периоды картина приближается к развернутому делириозному состоянию;

б) *делириозные состояния*. Этим синдромом следует обозначать состояния помраченного сознания, протекающие с частичной или полной дезориентацией во времени и в окружающем пространстве, при сравнительно сохранной ориентировке в собственной личности. Состояние характеризуется наплывом ярких, сценоподобных, обычно комбинированных (зрительных, слуховых, тактильных и т.д.) истинных галлюцинаций. Преобладают зрительные галлюцинации. Галлюцинаторные явления часто имеют устрашающее содержание. Поведение больных соответствует содержанию галлюцинаторно-иллюзорных обманов. Больные обычно двигательно резко возбуждены. С любопытством или с выражением ужаса всматриваются в окружающее, неожиданно вскакивают, защищаются, стремятся куда-то бежать и т.д. Иногда в таком состоянии больные могут нанести повреждения окружающим, выброситься в окно и т.д. Имеющиеся бредовые расстройства носят несистематизированный, отрывочный, чувственный характер. Аффективные проявления крайне изменчивы, типичен аффект страха. Речь сбивчивая, непоследовательная. Сон нарушен. В более тяжелых случаях наблюдается мусситирующий, бормочущий делирий. Больные полностью отрешены от окружающей обстановки, непрерывно что-то бормочут, «обираются», отмечаются отдельные гиперкинезы, меняется характер двигательного возбуждения, которое ограничивается пределами постели.

2. Онейроидные синдромы:

а) *редуцированные онейроидные состояния*. В данную группу входят состояния «абортивного» «редуцированного», «не-

развернутого», «незавершенного» онейроидного помрачения сознания. Состояние характеризуется лабильным аффектом, образными чувственными и крайне изменчивыми бредовыми расстройствами, наличием бреда интерметаморфозы, явлениями растерянности, вплоть до гиперметаморфозы, и общесоматическими нарушениями (расстройства сна). Настроение больных крайне изменчивое, нередко наблюдаются внезапные смены аффекта на полярно противоположный (от мании с чувством экстаза к депрессии с тревогой и страхом). Нестойкие и изменчивые бредовые нарушения тесно связаны с характером аффекта и могут иметь самое разнообразное содержание (преследования, отравления, ревности, величия, любовное, ипохондрическое и т.д.). При этом полностью отсутствует тенденция к систематизации и построению единой фабулы. В случае возникновения онейроидного приступа при шизофрении наблюдаются различные психические автоматизмы: ментизм, бред воздействия, явления открытости, также отличающиеся большой образностью, конкретностью, хаотичностью и изменчивостью содержания. При органических психозах и/или в позднем возрасте эти явления наблюдаются в редуцированном виде или полностью отсутствуют. Характерно периодическое возникновение и исчезновение бредовых идей фантастического содержания, хотя по сравнению с другими этапами развития онейроида фантастичность их минимальна, они не отличаются громадными масштабами;

г) *развернутые онейроидные состояния*. Данные состояния включают в себя признаки развернутого онейроидного синдрома. Характерна максимальная выраженность фантастичности всех переживаний. Явления бреда интерметаморфозы, растерянности отходят на второй план, а затем исчезают вовсе. Наблюдается иллюзорно-фантастическое восприятие окружающего или полная погруженность в мир грезоподобных переживаний. Больные представляют себя главными действующими лицами космических путешествий, общаются с представителями иных миров, находятся в сказочной стране, в «потустороннем мире» и т.д. Содержание переживаний может быть крайне изменчивым — от «катастрофального» до мегаломанического, с соответствующей сменой аффективных нарушений (то депрессия с тревогой и страхом, то повышенное настроение с экстазом). Присутству-

ют признаки психических автоматизмов с особенно обильными яркими зрительными псевдогаллюцинациями. При этом компонент насильственности, чуждости, несмотря на наличие образного фантастического бреда воздействия, выражены слабо. Характерно также постепенное нарастание кататонических нарушений. Следует отметить, что при некоторых заболеваниях и в позднем возрасте может наблюдаться «бытовая тематика» грезоподобных переживаний с незначительной выраженностью фантастичности и частичной амнезией переживаний после выхода из психотического состояния. Кататоническая симптоматика может быть крайне лабильной от субступора и полного ступора до выраженного кататонического возбуждения, что наблюдается реже;

в) *фебрильно-кататонические состояния*. В данную группу следует относить онейроидные состояния, сопровождающиеся выраженными соматическими расстройствами. В таких случаях у больных наблюдается высокая температура, сухость слизистых и кожных покровов, ломкость капилляров, герпетические высыпания, обезвоженность и нарастающее истощение организма, изменения картины крови и т.д. В этих случаях психотические переживания становятся фрагментарными, при миновании острого периода обнаруживается частичная или полная амнезия. Кроме того, обнаруживаются выраженные кататонические расстройства;

г) *аменция*. В данном случае наблюдается состояние помраченного сознания, сопровождающееся растерянностью, затруднением целостного восприятия, бессвязностью мышления и речи (инкогеренция), изменчивостью аффективных нарушений и возбуждением, обычно малого масштаба (в пределах постели). Речь больных бессвязна, состоит из набора отдельных слов, слогов, звуков. Бредовые и галлюцинаторные переживания крайне отрывочны, бессистемны. Типична однако крайняя истощаемость интеллектуальных процессов. Иногда больные понимают обращенную к ним речь и даже правильно отвечают на первые вопросы, в последующем быстро прогрессирует утомляемость и нарастает бессвязность мышления и речи. После выхода из этого состояния у больных обнаруживается полная амнезия или лишь фрагментарные воспоминания о психозе.

3. Сумеречное помрачение сознания. Характеризуется внезапным наступлением состояния глубоко помраченного сознания с дезориентировкой или ложной ориентировкой в окружающем с отдельными устрашающими галлюцинаторными переживаниями, несистематизированными, отрывочными, бредовыми расстройствами и выраженными аффективными нарушениями: тревожно-тоскливым аффектом, злобой, гневом, страхом или реже приподнятым настроением, доходящим до экстаза. Поведение больных полностью определяется характером галлюцинаторно-бредовых и аффективных нарушений. Возможно сильное психомоторное возбуждение с совершением актов агрессии (убийства, тяжелые увечья, насилия и т.д.). Выход из состояния критический с последующей полной или частичной амнезией.

Синдромы выключенного сознания

Оглушение. Состояние характеризуется затруднением восприятия внешних раздражителей и ассоциативных процессов. В связи с этим больные с трудом воспринимают окружающие явления и предметы, нередко реагируют только на сильные раздражители. Они часто не отвечают на вопросы, заданные тихим голосом, обнаруживают лишь слабую ориентировочную реакцию на обычную речь и отвечают только на вопросы, заданные громким голосом. В таком состоянии обычно резко затруднено понимание окружающей обстановки и ситуации в целом, хотя отдельные явления оцениваются правильно. Затруднено также воспроизведение прошлого опыта. Больные малоподвижны, аспонтанны, мимика и жесты невыразительны и однообразны. Бредовые и галлюцинаторные расстройства, психические автоматизмы отсутствуют, а их обнаружение исключает наличие данного синдрома. Настроение обычно безразличное, но иногда наблюдаются благодушие и эйфория.

Сопор. Сопор (глубокий, патологический сон) — выключение сознания, когда больные внешне похожи на спящих. В этом состоянии сохраняются элементарные реакции на сильные раздражители (боль, холод). При обращении громким голосом к больным они открывают на короткое время глаза, но в контакт с врачом не вступают. После выхода из сопора наблюдается полная амнезия;

Коматозное состояние. В этих случаях у больных наряду с нарушением сложных восприятий окружающего постепенно утрачивается способность реагировать на элементарные грубые раздражители. Они перестают отвечать на вопросы и оклики, слабо реагируют на болевые раздражители, аспонтанны, неподвижны. На высоте состояния у больных полностью утрачено сознание. Они совершенно не реагируют на внешние раздражители, в том числе и на болевые; нарастают общемозговые явления. Больные полностью обездвижены; сухожильные, периостальные и роговичные рефлексы либо снижены, либо отсутствуют. Наблюдаются непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Возникают выраженная сердечная аритмия (резкое учащение или урежение пульса) и нарушения дыхания. В последующем наступает полная амнезия.

Конечные состояния при шизофрении

Конечные состояния с преобладанием резко выраженных изменений личности, в том числе с рудиментарными кататоническими симптомами. Клиническая картина этих состояний характеризуется преобладанием резко выраженных шизофренических изменений личности при крайне незначительной позитивной психопатологической симптоматике. Последняя чаще представлена в виде рудиментарных и непостоянных кататонических симптомов. Доминирующим является почти полное отсутствие активных побуждений и интересов. Поведение больных однообразно, они вялы, бездеятельны, пассивны. Мимика их также бедная, однообразная; иногда наблюдаются улыбки, усмешки без видимых причин. Моторика дисгармонична, отмечаются манерность движений, утрата пластичности. Речь монотонная, маломодулированная, экспрессия отсутствует. На простые вопросы больные могут дать правильный ответ, но при повторных или более трудных вопросах наблюдаются ответы «мимо», часто содержание ответов определяется только случайными внешними ассоциациями. Могут обнаруживаться стереотипные автоматизмы, торпидность и тугоподвижность мышления, резонерство, паралогичность и т.д. Иногда больных удается вовлечь в простую работу, которую они выполняют без заинтересованности, медленно, нуждаясь в активном стимулировании со стороны для ее

продолжения. В одних случаях у больных наблюдаются эпизоды заторможенности, гримасничанье, в других — импульсивность: больные могут неожиданно захохотать, сделать какое-то резкое движение, неожиданный поступок.

Конечные акинетические кататонические и негативистические состояния. В отличие от предыдущей группы, при данных состояниях характерны значительный регресс поведения и значительная выраженность продуктивных расстройств с преобладанием акинетических кататонических нарушений или негативизма. Поведение больных характеризуется полной бездеятельностью, безучастностью и беспомощностью. Больные себя почти не обслуживают, лицо у них амимично, взгляд отсутствующий. Обычно наблюдается тенденция к сохранению однообразной позы, пассивная подчиняемость, частичный или полный мутизм. Почти полная обездвиженность временами сменяется однообразными ритмичными покачиваниями туловища, стереотипными движениями конечностей, головы. Изредка отмечаются эпизоды короткого импульсивного или кататоно-дурашливого возбуждения. Кроме кататонических при тщательном исследовании выявляются и другие продуктивные расстройства; стереотипные вербальные псевдогаллюцинации, отрывочные, иногда фантастические зрительные галлюцинации, бредовые идеи абсурдного содержания. В других случаях на первый план выступают явления негативизма, в виде активного противодействии инструкциям, возможно возбуждение с агрессией в ответ на настойчивые приказания.

Конечные гиперкинетические кататонические состояния, в том числе «бормочущее слабоумие». В клинической картине этой группы состояний преобладает стереотипное двигательное беспокойство, не достигающее степени кататоно-гебефренного возбуждения. Больные постоянно двигательно беспокойны, гримасничают, совершают вычурные движения. Наблюдаются разнообразные двигательные стереотипии, ритуалы. У некоторых больных в поведении отмечаются черты детскости с дурашливостью, ребячеством, употреблением уменьшительных слов. Другие больные с помощью гримас и жестов постоянно выражают различные аффекты: страх, любопытство, недоумение, смущение и т.д. В отдельных случаях у больных появляет-

ся стремление к бессмысленному прикосновению к предметам, людям, которое сопровождается повышенной отвлекаемостью внимания: больные тотчас реагируют на шум, поворачиваются на звук хлопнувшей двери, рассматривают вошедших и т.д. Все описанные выше нарушения часто непостоянны. Могут наблюдаться мутизм, отказ от пищи, эпизоды кататонического возбуждения. Иногда на первый план в клинической картине выступает постоянное речевое возбуждение в виде монотонного и невнятного бормотания, возникающего без побуждения извне («бормочущее слабоумие»). Не обращая внимания на окружающих или прервав бормотание для ответа, больные монотонно и невнятно произносят не связанные между собой фразы, отрывки предложений, слова (часто их речь представляет собой вербигерацию лишь отдельных слов).

Конечные галлюцинаторно-бредовые состояния. Конечные состояния, относимые в данную рубрику, характеризуются сочетанием признаков выраженного шизофренического дефекта с сохранившейся и стабилизировавшейся продуктивной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Как правило, отмечаются также рудиментарные и непостоянные кататонические расстройства. В одних случаях преобладают отрывочные бредовые идеи величия и преследования, имеющие фантастическое, часто абсурдное, содержание. В других — слуховые псевдогаллюцинации, иные проявления психических автоматизмов («носители голосов»). Поведение больных часто резко не нарушенно и только тщательное обследование позволяет выявить продуктивные галлюцинаторно-бредовые расстройства. Характерно, что постепенно они становятся все более скудными и фрагментарными. Речь больных очень специфична: наблюдается полная смысловая разорванность при сохранении правильного грамматического строя и интонаций («шизфазия»). В отличие от других видов конечных состояний, у этих больных обнаруживается значительно меньший эмоционально-волевой дефект личности и относительная сохранность личности.

Конечные полиморфные кататоно-бредовые и кататоно-галлюцинаторные состояния. Для данной группы конечных состояний в клинической картине типично сочетание признаков выраженного шизофренического дефекта, а также стойких

кататонических и галлюцинаторно-бредовых нарушений. В поведении больных наблюдаются манерность, дурашливость, двигательные стереотипии. Одновременно выявляются признаки синдрома Кандинского—Клерамбо, несистематизированные бредовые идеи фантастического содержания, вербальный псевдогаллюциноз. Нередко у больных обнаруживаются аффективные колебания от повышенного благодушно-эйфорического настроении к злобному или пониженному настроению с дисфорическим оттенком. Новые симптомы обычно не развиваются, но усиливаются или ослабевают имеющиеся расстройства.

Различные синдромы, не вошедшие в предыдущие разделы

Состояния запоя. В данную группу входят состояния интенсивного, порой непреодолимого патологического влечения к психоактивным веществам (наиболее часто встречается алкогольный запой), сопровождающиеся нарушениями настроения: подавленностью, иногда с тревогой, раздражительностью или дисфорическим оттенком. Повторные приемы психоактивных веществ обычно не улучшают состояния больных (как это наблюдается при абстинентном синдроме), а напротив, лишь усиливают влечение к наркотическому средству. В данную группу нельзя относить различные (в основном аффективные) состояния при эндогенных психозах, психопатиях и т.д., сопровождающиеся расстройствами влечений, в том числе и приводящие к «вторичному запою».

Абстинентные синдромы (синдром отмены). Патологическое состояние, возникающее остро или подостро после прекращения приемов психоактивных веществ. Клиническая картина определяется чувством общего дискомфорта, подавленным настроением, расстройством сна и вегетативной симптоматикой. При усилении состояния возникают тревожно-боязливый аффект, подозрительность, отрывочные нестойкие идеи отношения, самообвинения и осуждения, яркие сновидения устрашающего характера, отдельные гипнагогические галлюцинации. При дальнейшем ухудшении состояния возможно возникновение острого галлюцинаторного, острого бредового синдромов или помрачения сознания; при этом состояние должно квалифицироваться

соответствующим кодом. Обязательным условием отнесения к данной рубрике является улучшение самочувствия больных, иногда с исчезновением психопатологической симптоматики, после приема соответствующего наркотического средства.

Истерические психотические состояния. Выделение данной группы обусловлено своеобразием развития клинической картины состояний. В данную рубрику следует относить различного вида психогенно возникающие и нередко сменяющие друг друга синдромы: псевдодеменцию, пуэрилизм, синдром Ганзера, психогенную речевую спутанность, синдром одичания и т.д. Состояние больных при данных синдромах характеризуется нарочитым, демонстративно-театральным поведением, образным, преувеличенным характером предъявляемых жалоб, признаками «бегства в болезнь». Большое значение для возникновения и формирования указанных расстройств имеет внушение и самовнушение. Этим же шифром следует обозначать состояния с преобладанием истерических стигм: астазии, абазии, спазмов в горле и др. Однако в случаях, если эти расстройства не определяют полностью клиническую картину, наблюдаемую у больных, а являются только составной частью другого синдрома, состояние следует обозначать кодом, соответствующим данному синдрому.

Конфабуляторные состояния. Состояния, характеризующиеся обилием крайне непостоянных, изменчивых, малосвязанных между собой ложных воспоминаний, часто фантастического содержания. Больные при общей сохранной памяти и ясном сознании рассказывают в различных вариантах с добавлением каждый раз все новых подробностей о вымышленных событиях и фактах. Бредовая трактовка (конфабуляторный бред) обычно не отмечается. Настроение чаще несколько повышено. Из данной группы исключаются синдромы, при которых наблюдается формирование конфабуляторной парафрении.

Корсаковский амнестический синдром. Клиническая картина при данном состоянии характеризуется развитием совокупности расстройств, включающих явления фиксационной амнезии (расстройств запоминания), ретроградной амнезии различной степени выраженности при относительно сохранной памяти на прошлые события, а также явления замещающих конфабуляций преимущественно обыденного содержания. Возможна амнести-

ческая дезориентировка. Больные в известной мере сохраняют способность к логическому мышлению. Настроение больных повышенное, изредка безразличное, с вялостью.

Паралитические и псевдопаралитические состояния. Данная группа объединяет синдромы, при которых наблюдаются выраженные нарушения интеллекта со снижением уровня суждений и умозаключений, грубые расстройства памяти (особенно на текущие события). Неправильное, беспечное и расторможенное поведение больных с переоценкой собственной личности определяется галлюцинаторно-бредовыми расстройствами и выраженными эмоциональными нарушениями. Настроение преимущественно эйфорически-благодушное. При экспансивных формах на первый план выступает пышный, нелепый, грандиозный, несистематизированный, легко внушаемый мегаломанический бред. При галлюцинаторных и сложных формах помимо указанной симптоматики наблюдаются галлюцинаторные и псевдогаллюцинаторные расстройства, содержание которых часто фантастическое. При всех формах возможны двигательное маниакально-эйфорическое возбуждение, расторможенность низших влечений.

Психоорганический синдром. В данную группу входит неоднородная группа состояний, наблюдающихся обычно на отдельных этапах течения различных органических заболеваний. Синдром характеризуется сочетанием различного рода неврологических и психических нарушений. На первых этапах развития клиническая картина обычно определяется нарастающими признаками психической слабости и повышенной истощаемостью. В последующем присоединяются расстройства внимания, памяти, интеллекта, психопатоподобные нарушения и различные эмоциональные расстройства. Иногда отмечаются отдельные галлюцинаторные и бредовые нарушения. Галлюцинации чаще слуховые, как правило, примитивны и однообразны. Бредовые нарушения нестойки, фрагментарны, без тенденции к систематизации, содержание их различно. Аффективные расстройства колеблются от приподнятого настроения с эйфоричностью до подавленности с повышенной раздражительностью, ворчливостью, иногда оттенком дисфоричности и злобности. Следует иметь в виду, что правомерность отнесения данного синдрома

к позитивным довольно условна. Состояния квалифицируются этим кодом только в тех случаях, когда имеющаяся продуктивная психопатологическая симптоматика не может быть отнесена ни к одной другой рубрике.

Психоэндокринный синдром. Состояние в широком смысле представляет собой частный случай предыдущего синдрома. Возникает при эндокринных заболеваниях. Отличается обычно большей выраженностью психопатоподобных и аффективных нарушений, расстройствами влечений и несколько меньшей степенью выраженности дефицитарных расстройств. Данный код также используется только в тех случаях, когда состояние не может быть отнесено к другим группам.

Апатический синдром. Клиническая картина определяется полным или почти полным отсутствием каких-либо эмоциональных проявлений. Отмечаются бесстрастие, бесчувствие, полное равнодушие к собственному состоянию, окружающей обстановке, текущим событиям и своему прошлому. Больные совершенно безразличны к родным и близким, их судьбе; бездеятельны, так как у них отсутствуют всякие побуждения. Следует отличать данное состояние от адинамической депрессии, поскольку при адинамической депрессии тщательное направленное исследование выявляет признаки подавленного настроения, депрессивное содержание мышления и суточные колебания настроения.

Дисфория. В данную группу включают состояния мрачного, злобно-тоскливого настроения, сочетающиеся с раздражительностью, чувством недовольства, придирчивостью, склонностью к вспышкам гнева, возникающие внезапно, без видимых причин. Значительно реже злобно-тоскливый аффект сочетается с тревогой и страхом. Работоспособность таких больных резко снижается или утрачивается полностью.

Изменения личности

1. Отсутствие изменений личности. К этой группе относят состояния, когда в клинической картине наблюдаются только так называемые позитивные симптомы, а изменения преморбидных свойств личности установить не удается. Следует помнить, что при возникновении острых психотических состояний оценка изменений личности крайне затруднительна, а подчас практически

невозможна. В этих случаях необходимо использовать тот шифр, который соответствует картине изменений личности, предшествовавших возникновению данного состояния, т.е. наблюдались перед возникновением психотического приступа.

2. Изменения личности при шизофрении

- *Легкие шизофренические изменения личности*. Степень изменений преморбидных особенностей личности, относимых в данную группу, незначительна. Наблюдаются явления легкой аутизации, сужение кругозора, некоторое ослабление и однообразие эмоциональных переживаний, утрата эмоциональной гибкости. В некоторых случаях возникают или резко усиливаются имевшиеся ранее повышенная ранимость, чувствительность, робость и нерешительность (стремление к самоанализу и неуверенность в себе). При сохранении интеллектуально-творческих и профессиональных способностей наблюдается пассивность, ограничиваются контакты с окружающими, нет полного осмысления своего положения в обществе и семье. Иногда больные становятся подчиняемыми, «руководимыми» родными и близкими, в других случаях — ригидно-стеничными, со стремлением к монотонной, однообразной деятельности. Обнаруживается бедность интересов, монотонность и однообразие эмоциональных реакций. Изменения личности могут выражаться утрированным, порой карикатурным заострением преморбидных особенностей. Однако во всех случаях наличествуют признаки аутизации, ослабление эмоциональных переживаний, уменьшение творческих возможностей. Мышление приобретает резонерский склад. Возможности адаптации к новым условиям затруднены.
- *Значительные шизофренические изменения личности*. В данном случае наблюдается дальнейшее развитие негативных изменений. Отмечается значительное усиление признаков аутизации и обеднения эмоциональной сферы. У таких больных сильно снижается потребность в контактах с людьми, они становятся замкнутыми, скрытными, часто молчаливыми. Постепенно утрачивается интерес к окружающему, работе, творчеству. Эмоциональные реакции становятся все менее яркими и дифференцирован-

ными, исчезает их адекватность. Преобладает эмоциональная холодность, часто проявляются черствость, эгоизм, жестокость. Резко снижается психическая активность и продуктивность деятельности больных. Психическая деятельность приобретает однообразный, стереотипный и монотонный характер. Больные оказываются неприспособленными к практической жизни, выглядят апатичными и равнодушными, иногда в их поведении преобладают чудачества и странности. Еще более заметными становятся расстройства моторики.

- *Шизофреническое слабоумие*. Состояния с наиболее тяжелыми шизофреническими изменениями личности. В клинической картине преобладают глубокое эмоциональное опустошение, утрата психической активности, резкое падение продуктивности, неспособность усвоения нового. Даже при отсутствии или незначительной выраженности продуктивной симптоматики трудоспособность у таких больных резко снижена. Они не только не усваивают нового, но и теряют старые, приобретенные ранее профессиональные навыки. Больные обнаруживают полную несостоятельность в практической жизни и целиком переходят на попечение родственников. В отдельных случаях в состоянии преобладают причудливость облика, моторики и поведения, исчезают гармоничность и пластичность движений. В других случаях на первый план выступают снижение побуждений, безразличие, отрешенность от окружающего, полная беспомощность. При постороннем побуждении больные могут выполнить несложную работу, но обычно не доводят ее до конца, а при малейшем препятствии тотчас прекращают всякую деятельность. У всех больных наблюдается полная утрата прежних интересов, симпатий и привязанностей, характерны значительное общее огрубление и нивелировка личности. В наиболее тяжелых случаях, на фоне общей вялости и апатии, иногда контрастно выступают грубая расторможенность и извращенность инстинктивной деятельности (крайняя прожорливость, мастурбация, неопрятность с явлениями копрофагии).

3. Изменения личности при эпилепсии

- *Легкие эпилептические изменения личности*. Этим синдромом обозначают неглубокие изменения личности, выражающиеся в появлении несвойственных ранее больному педантичности, пунктуальности, чрезмерной аккуратности, возникновении обстоятельности, тугоподвижности мышления с затруднением переключения внимания и т.д. Несколько сужается круг интересов больных и снижаются их творческие возможности. Возникает тенденция к эксплозивным вспышкам. Однако трудоспособность больных обычно сохраняется или снижена незначительно. В некоторых случаях, напротив, наблюдается «сверхсоциальность» с утрированной добросовестностью и прилежностью в выполнении своих служебных обязанностей.
- *Выраженные эпилептические изменения личности*. В данном случае наблюдаются значительно более глубокие изменения. Все психические процессы больных постепенно утрачивают свою пластичность. Мышление становится инертным, тугоподвижным и вязким, малопродуктивным, часто с застреванием на одной теме. Значительно сужается круг интересов, меняется их направленность — в основном больные интересуются своим заболеванием и состоянием. Развивается эгоцентризм. Обнаруживается сочетание слащавости со злопамятностью и мстительностью. Педантизм и аккуратность все больше приобретают карикатурный характер. Постепенно полностью утрачиваются творческие способности, резко снижается работоспособность, усиливается вязкость аффекта.
- *Эпилептическое слабоумие*. Этим термином обозначаются глубокие изменения личности со стиранием индивидуальных особенностей, резким снижением памяти, часто с уменьшением запаса слов. Мышление становится конкретно-описательным с неспособностью выделить главное, отобразить абстрактные связи между явлениями. Круг интересов крайне сужен. Подобострастная угодливость сочетается с гневливостью, злобностью и крайней жестокостью. Полностью утрачивается способность кри-

тического отношения к своему состоянию и окружающей действительности, а также трудоспособность.

4. Изменение личности органического типа

- *Снижение уровня личности.* В данном случае имеются в виду неглубокие начальные стадии изменений преморбидного склада личности, наблюдаемые при органических заболеваниях, в том числе при алкоголизме, атеросклерозе старческого типа. В одних случаях это проявляется в заострении преморбидных свойств личности, в других обнаруживается нивелировка личностных особенностей. Характерно некоторое упрощение всей психической деятельности со снижением психической активности и продуктивности интеллектуальной деятельности, затруднением способности к адаптации и использованию прошлого опыта. Также возникаают начальные признаки интеллектуального снижения: незначительное снижение памяти, понижение уровня суждений и критики, некоторое сужение интересов, ослабление инициативы. В зависимости от генеза состояния могут наблюдаться существенные различия в клинической картине: ригидность, эгоцентризм, ворчливость при старческом типе, благодушие и «плоский юмор» при алкоголизме и т.д.
- *Значительное органическое снижение личности.* При данной степени органических изменений наблюдается дальнейшее усиление описанных нарушений. Все более заметными становятся расстройства памяти, снижение внимания и сообразительности, оскудение представлений и понятий. Полностью утрачивается возможность усваивать новые знания и навыки. В значительной мере нивелируются свойственные ранее больному личностные качества и эмоциональный резонанс. Резко снижается или полностью утрачивается работоспособность больных. Сюда же относятся случаи со значительным снижением личности при алкоголизме, атеросклерозе старческого типа.
- *Органическое слабоумие.* Данным синдромом обозначаются наиболее тяжелые случаи изменений личности различной экзогенно-органической природы с глубокими мнестическими и общеинтеллектуальными расстройствами.

У больных наблюдаются полная утрата преморбидных качеств личности, глубокие мнестические расстройства. Зачастую утрачивается не только критика к своему состоянию, но и осознание своей психической недостаточности (заболевания). Больные находятся на попечении родных, нередко полностью перестают обслуживать себя.

5. Синдром задержки психического развития

- *Задержка психического развития в степени дебильности*. К данному синдрому относят состояния с незначительной степенью задержки психического развития. В этом случае у больных имеется известный запас отвлеченных понятий и достаточно хорошо развита речь. Больные проявляют известные способности к обучению и приобретению профессиональных навыков. Но при этом, однако, наблюдаются бедность представлений и фантазии, слабая способность к абстрактному мышлению. Знания и навыки конкретны, речь с ограниченным запасом слов. Эмоциональная жизнь довольно скудна.
- *Задержка психического развития в степени имбецильности*. У больных наблюдается значительная задержка развития психики. Клиническая картина определяется крайней примитивностью и конкретностью мышления, резким ограничением словарного запаса, отсутствием в нем обобщений. Артикуляция развита плохо. При систематическом обучении больные способны приобрести несложные навыки, но нуждаются в постоянном руководстве. Эмоции больных отличаются крайней бедностью, однообразием и лишены глубины.
- *Задержка психического развития в степени идиотии*. К данной группе относятся случаи полного или почти полного неразвития психической деятельности. Мышление, способность осмысливать окружающее практически отсутствуют. Речь либо отсутствует, либо ограничивается усвоением отдельных слов.

Динамика синдромов

1. *Обострение*, *приступ*, *фаза*. Клиническая картина состояния больного характеризуется возникновением нового по сравнению с предыдущим синдрома (чаще всего более

тяжелого), либо кратковременным резким усилением уже имевшихся расстройств. В этих случаях всегда обнаруживаются признаки остроты состояния: острое или подострое начало, явления растерянности и острого чувственного бреда (при острых психических приступах), полиморфность продуктивных расстройств и обязательное наличие резкой степени выраженности аффективных нарушений (лабильность аффекта, полярность его колебаний, тревожно-боязливый аффект и т.д.).

2. *Течение вне обострения.* В эту группу входят все случаи течения заболевания вне обострения, приступа, фазы. Состояние больных можно рассматривать как этап непрерывного прогредиентного поступательного развития заболевания с закономерной сменой позитивных синдромов и постепенным выявлением признаков дефекта. Кроме того, описываются этапы течения вне приступа при приступообразно-прогредиентных и приступообразных заболеваниях, а также этапы развития с непрогредиентным или малопрогредиентным непрерывным течением заболевания.
3. *Резидуальное состояние.* В данную группу включают разного типа резидуальные состояния со стабильной клинической картиной. В этом случае обычно имеется значительное ослабление симптоматики по сравнению с предыдущим состоянием. На протяжении всего этапа не возникает никаких новых позитивных расстройств и нет нарастания признаков дефекта.

Пароксизмальные расстройства

- *Пароксизмальные расстройства* (*припадки*) — группа внезапно развивающихся непродолжительных расстройств, нередко с изменением сознания и двигательными нарушениями, в первую очередь в форме судорог.
- *Большой судорожный припадок* (*grand mal*). У некоторых больных за несколько часов или суток до начала припадка появляются предвестники (*продром*): общее недомогание, разбитость, головные боли, головокружение, изменение настроения. Как правило, припадок начинается с *ауры*, которая отмечается более чем у половины больных и име-

ет повторяющийся характер — одни и те же сенсорные, моторные, идеаторные, соматические и т.п. проявления. Иногда припадок завершается на этой стадии, но чаще всего переходит в тоническую фазу с выключением сознания. Больной падает с криком и может получить травму. Дыхание больного нарушается, его лицо бледнеет, а затем синеет. Тонические судороги продолжаются, руки и ноги вытягиваются, приподнимаются несколько верх, челюсти сжимаются, зубы стискиваются. Иногда происходит непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Тоническая фаза припадка длится не более минуты, сменяется клонической, которая проявляется ритмичными одновременными сокращениями всех групп мышц, затем возникают первые дыхательные движения, но диспноэ не проходит и дыхание еще полностью не восстанавливается. Во время клонической фазы отмечается хриплое дыхание, выделяется слюна, нередко окрашенная кровью из-за прикусов языка и слизистой оболочки щек. Продолжительность клонической фазы около 2 мин. Клоническая фаза припадка переходит в кому, которая довольно скоро сменяется сопором, оглушением, затем сознание постепенно проясняется. О самом припадке воспоминаний не остается, но о том, что он был, больной догадывается из-за общей разбитости, головной боли, ушибов, прикусываний языка и щек. В случае если большой судорожный припадок ограничивается какой-либо одной фазой, говорят об абортивных припадках.

- *Малый судорожный припадок* (*petit mal*) проявляется утратой сознания на несколько секунд, но больной при этом не падает. В это время на мышцах лица могут быть заметны судорожные подергивания. Взгляд устремлен в одну точку, лицо бледнеет. В таком состоянии больные могут совершать различные автоматические действия: обыскивать себя, снимать и одевать одежду, совершать сосательные движения. После припадка больной способен продолжить свои занятия или беседу. На период этого пароксизма наступает амнезия и больной не в состоянии вспомнить события, которые происходили в это время.

- *Абсанс* — малый бессудорожный припадок, проявляющийся кратковременным (до 1–2 с) выключением сознания, лицо больного при этом бледнеет, прекращаются речь и какая-либо деятельность; судорог и падений не наблюдается. Большие и малые припадки могут повторяться. Если пароксизмы следуют подряд с выходом между ними в состояние ясного сознания, говорят о *серии припадков*, если сознание не проясняется — *об эпилептическом статусе.*
- *Парциальные припадки* (частичные, припадки Джексона). При этом виде припадков тоническая и клоническая фазы проявляются судорогами только определенной, частичной группы мышц и лишь в небольшом числе случаев припадок достигает степени генерализации. Судороги ограничиваются мышцами одной половины тела, захватывая вначале мышцы пальцев рук или ног. Глазные яблоки, голова, туловище поворачиваются при этом в одну сторону (адверсивный припадок). Сознание утрачивается, если судороги переходят на мышцы другой половины тела.
- *Эпилептический статус* — следующие друг за другом эпилептические припадки (когда между ними больной не приходит в состояние ясного сознания). При этом изменяется гемо- и ликвородинамика головного мозга, повышается температура тела, нарастают отек и набухание головного мозга, что может привести к нарушению дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности, которые зачастую завершаются смертельным исходом.
- *Сумеречное изменение сознания* — пароксизмальные бессудорожные состояния, внезапно возникающие и также внезапно прекращающиеся, с доминированием напряженно-злобного раздражения и нередко агрессивного настроения. Больные в таком состоянии возбуждены и представляют большую опасность для окружающих. Наблюдаются бредовые и галлюцинаторные расстройства. Весь период сумеречного состояния амнезируется. Длительность таких состояний — до нескольких часов.
- *Амбулаторные автоматизмы* также относятся к пароксизмальным бессудорожным состояниям с помрачением сознания. Больные при этом совершают автоматические

действия: могут переходить улицу, задержаться перед приближающимся транспортом, кратко отвечать на простые вопросы. Наблюдается полная амнезия на период расстройства, длительность его может достигать 30 мин.

- *Трансы* — более продолжительные помрачения сознания с автоматизмом действий до нескольких суток, когда больные, например, могут уехать в другой город.

Различные пароксизмальные (иктальные) психические расстройства входят в структуру эпилептического припадка или служат его изолированным проявлением, либо развиваются непосредственно после припадка (Карлов В.А., 2007).

К **иктальным психическим расстройствам** относятся тревога, ощущение страха, припадки ужаса, панические атаки, депрессия, сексуальное возбуждение, паранойя, иллюзии, смех, форсированное мышление, обсессия, дежавю и другие переживания помраченного сознания, агрессия/насилие.

Постиктальными считают помрачение сознания, депрессию, возбуждение, паранойю, галлюциноз, манию, агрессию/насилие.

Приступы вегетососудистой дисфункции. Эти приступы характеризуются функциональной патологией с внезапно возникающей соматовегетативной дисфункцией и тревогой.

Подобные расстройства рассматривают в группе «панических атак». Клиника проявляется спонтанными приступами интенсивного страха, тревоги с ощущением сердцебиения, озноба, удушья, нехватки воздуха. Такие приступы длятся около часа и могут повторяться до нескольких раз в неделю.

Истерические припадки — функциональные психогенно обусловленные приступообразные двигательные расстройства. Падение больного во время припадка происходит постепенно, он как бы оседает на пол. Двигательные расстройства проявляются в ритмических, размашистых движениях рук и ног в плечевых и тазобедренных суставах с одновременным подниманием и опусканием тела. Часто во время припадка больные катаются по полу, выгибаются, опираясь только на пятки и голову («истерическая дуга»), кусают руки, рвут волосы, одежду. Припадок сопровождается криками, рыданиями, скрежетом зубов. Глазные яблоки не закатываются. Присутствие посторонних усиливает и пролонгирует припадок до часа и более.

3.3. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДЛЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Гипердинамический синдром. Гипердинамический (гиперкинетический) синдром проявляется двигательным возбуждением, неусидчивостью, обилием лишних движений, нецеленаправленностью, импульсивностью действий, нарушением концентрации активного внимания (Laufer M., Denhoff E., 1957). Отмечаются школьная дезадаптация, трудности в усвоении учебного материала. Возможны расстройства ночного сна (нарушение засыпания). Синдром встречаться в возрастном интервале от 1,5 до 15 лет, наиболее часто в 6–8 лет.

Дети не могут длительно находиться в неподвижности, стремятся к двигательным действиям — жестикулируют, подвижны, болтливы. Окружающие события привлекают их внимание только на короткий период времени, дети постоянно отвлекаются, затрудняются выполнять учебные задания, конфликтуют с преподавателями и сверстниками, часто импульсивно нарушают режим учебных учреждений. Гипердинамический синдром встречается при различных формах олигофрении и пограничных состояний интеллектуальной недостаточности. У детей дошкольного и младшего школьного возраста двигательная расторможенность и нарушения концентрации активного внимания, как правило, отмечаются при невротических расстройствах.

Синдром раннего детского аутизма. Синдром раннего детского аутизма встречается в двух вариантах: синдром Каннера (Kanner L., 1943) и синдром Аспергера (Asperger H., 1944), имеющих клинические сходства и некоторые различия.

Основными признаками синдрома, наблюдающимися при всех его разновидностях, являются отсутствие потребности в контакте с окружающими, эмоциональная холодность или безразличие к родителям, боязнь перемен в окружающей обстановке, болезненная необходимость соблюдать привычный порядок, однообразное поведение со склонностью к стереотипным движениям. В основе синдрома лежит психический дизонтогенез с преобладанием недоразвития эмоциональной сферы. По-

ведение детей однообразно, малопродуктивно. Эмоциональные проявления невыражены, нередко агрессивны по отношению к родным, часто дети равнодушны ко всему происходящему. С возрастом у детей отмечается склонность к формальному регистрированию предметов, явлений, особым малопродуктивным увлечениям.

У детей с синдромом Каннера наблюдается невысокий уровень интеллекта (интеллектуальная недостаточность), отставание в развитии речи. У детей с синдромом Аспергера уровень интеллекта, как правило, относительно нормальный, отмечается опережающее развитие речи.

От синдрома раннего детского аутизма следует отличать состояния социально-педагогической запущенности: у детей, находящихся в условиях нарушенных семейных отношений, не посещающих учебные заведения, может отмечаться сходная симптоматика. Однако при улучшении социальной адаптации состояние таких детей быстро компенсируется и без специализированного лечения.

Синдром уходов и бродяжничества. Синдром, сходный по внешним проявлениям, выражается в повторяющихся уходах из дома либо из школы, или детского учреждения. Синдром встречается в возрасте от 7 до 17 лет, но наиболее часто в препубертате, преимущественно у мальчиков. Наблюдается у детей и подростков с выраженной эмоционально-волевой неустойчивостью и с повышением влечений (Сухарева Г.Е., 1959; Иванова Ф.И., 1972). Непосредственным ситуационным фактором, приводящим к уходам, может быть услышанное сообщение о каких-либо происшествиях, вызывающих интерес. Дети и подростки могут убегать из дома вдвоем или небольшой группой, уезжать на далекое расстояние. Побегам может предшествовать специальная подготовка. Реже уходы возникают без определенных психологически понятных мотивов. Но чаще всего встречается уход из дома, обусловленный изменением настроения дисфорического типа и стремлением к освобождению от привычного режима.

У подростков уходы могут быть выражением личностной реакции эмансипации, стремлением освободиться от опеки родителей. Побеги у подростков с истероидными чертами лично-

сти представляют собой демонстративное поведение, связанное со стремлением обратить на себя внимание (Личко А.Е., 1977).

Синдром страхов. Патологическими страхи у детей считаются в случаях беспричинности или несоответствия выраженности страхов интенсивности вызвавшего их воздействия, при склонности их к генерализации и нарушении общего состояния и поведения ребенка (Сухарева Г.Е., 1959). Патологические страхи могут возникать при различных синдромах, часто встречаются в качестве самостоятельных психических нарушений. Выделяют следующие группы синдромов страха в детском и подростковом возрасте: навязчивые страхи, страхи со сверхценным содержанием, недифференцированные страхи, страхи бредового характера, ночные страхи.

При психических заболеваниях чаще всего встречаются *навязчивые страхи* (*фобии*). Прочие страхи малодифференцированы. Страхи со сверхценным содержанием, страхи бредового характера и ночные страхи типичны для детей и подростков. *Навязчивые страхи* (фобии) у детей и подростков отличаются конкретностью содержания, простотой, связью с психотравмирующей ситуацией. Чаще всего содержание фобии — страх загрязнения, транспорта, острых предметов, закрытых помещений, устных ответов, покраснения.

Страхи со сверхценным содержанием — боязнь темноты, одиночества, животных. Дети не пытаются преодолеть свои страхи, так как убеждены в обоснованности своих переживаний.

Недифференцированные страхи характеризуются ощущениями неопределенной угрозы в сочетании выраженной вегетативной симптоматикой, приступообразным течением. Отсутствует взаимосвязь страха с психотравмирующей ситуацией, непонятны психологические причины проявления тревожных переживаний.

Страхи бредового характера отличаются постоянным чувством скрытой угрозы со стороны окружающих, выраженной тревожностью, больные относятся к окружающим с опаской.

Возникновение *ночных страхов* возможно при транзиторных кратковременных изменениях сознания у детей во время сна. Проявляются беспокойством, плачем, отдельными криками, непроизвольным произнесением отдельных слов или простейших фраз, как правило, амнезируются ребенком.

Синдром патологического фантазирования. Характеризуется оторванностью от реальности, стойкостью, стереотипностью фабулы фантазий. Поведение детей отличается склонностью к стереотипии, малой аффективности переживаний. Характер выдуманных событий носит детализированный, чаще всего правдоподобный характер. Синдром наблюдается и у детей, и у подростков. В некоторых случаях у подростков отмечается сверхценное отношение к собственным фантазиям, вплоть до демонстративного поведения.

Гебоидный синдром. Основными психопатологическими проявлениями гебоидного синдрома служат выраженное расторможение (извращение) влечений со склонностью к асоциальному и антисоциальному поведению, повышенная аффективная возбудимость, агрессия; эгоцентризм, враждебное отношение к родным, критицизм, оппозиционность по отношению к общепринятым нормам поведения. Отмечается эксплозивность, спонтанная агрессивность, склонность к бродяжничеству. Подростки становятся грубыми, конфликтными, у них наблюдается значительно выраженная социальная дезадаптация.

Синдром дисморфофобии. Проявления дисморфофобии — болезненное преувеличение подростком физического недостатка или убежденность в наличие такового без каких-либо оснований. При дисморфофобии также отмечаются идеи отношения, депрессивные переживания. Идея физического недостатка имеет характер сверхценной, бредовой или навязчивой. Возможны переходы дисморфофобической идеи в бредовую, навязчивой дисморфофобической идеи в сверхценную и обратно, а также существование дисморфофобических переживаний в форме промежуточной между фобией и сверхценным образованием (Коркина М.В., 1959; Морозов П.В., 1977).

Синдром дисморфофобии, как и отдельные дисморфофобические проявления, наиболее характерен для пубертатного возраста. В случаях патологически протекающего пубертатного криза у подростков, при акцентуациях характера сверхценные и навязчивые дисморфофобические переживания приобретают выраженный и затяжной характер. Часто у подростка возникает стремление постоянно рассматривать себя в зеркале, иногда же возникает «боязнь собственных фотографий». В поведении на-

чинает присутствовать стремление каким-либо способом скрыть мнимый физический недостаток — изменяется мимика, жестикуляция, используется «маскирующая» одежда.

Синдром односторонних сверхценных интересов и увлечений. Синдром встречается преимущественно в подростковом и юношеском возрасте, характеризуется аффективно окрашенными сверхценными интересами одностороннего, малопродуктивного, абстрактного характера.

Выделяются два варианта синдрома:

1) преобладание сверхценной идеаторной, интеллектуальной деятельности. Подростки размышляют об общефилософских проблемах, одержимы созданием «мировой формулы бытия» и т.п. Большую часть времени подростки уделяют собственным увлечениям, в остальном они практически бездеятельны, пропускают школьные занятия;
2) стремление к какой-либо деятельности, особо значимой для подростка, — особые формы физических упражнений, вычурных диет, иногда изучение и создание собственных субъективных концепций давно известных фактов и явлений.

Заикание. Нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное с судорогами мышц, участвующих в речевом акте. Заикание относится к числу распространенных в детском возрасте нарушений. Обычно оно развивается в возрасте 4–5 лет; у мальчиков возникает чаще, чем у девочек. Усиление заикания возможно при дополнительных психотравмирующих ситуациях, как правило, наблюдается в пубертатном возрасте, особенно в период с 15 до 17 лет, что связано с физиологическими изменениями в организме и реакцией подростка на дефект речи. Резко усиливается логофобия, появляются субдепрессивные переживания, астенические нарушения.

Неврозоподобное заикание развивается постепенно, начинаясь с «запинок» на фоне задержки речевого развития. При этом состоянии, как правило, отсутствуют психотравмирующие ситуации, предшествующие появлению развитию заикания.

Тики. Разнообразные автоматизированные привычные элементарные движения (мигание, гримасничанье, облизывание губ, подергивания головой, плечами, конечностями, различные

движения туловищем), покашливания, произнесение отдельных стереотипных звуков. Такого рода нарушения возникают в результате защитного действия. Тики могут приобретать навязчивый характер, что позволяет отнести их к проявлениям невротических состояний.

Неврозоподобные тики резидуально-органического генеза отличаются стереотипностью, монотонностью.

Органические гиперкинезы отличаются от невротических насильственностью, невозможностью остановить их волевым усилием, размашистыми движениями, которые захватывают целые группы мышц и не являются локализованными, а кроме того, лишены психологического защитного характера.

Расстройства сна. Расстройства сна сравнительно часто встречаются у детей и подростков. Физиологически необходимая потребность во сне с возрастом меняется. Наблюдаются нарушение засыпания, расстройства глубины сна, ночные страхи, снохождение и сноговорение. Нарушение засыпания — часто встречающееся расстройство при различных невротических состояниях у детей. Выражается в замедленном переходе от бодрствования ко сну; засыпание может длиться до 1–2 ч. Часто замедленное засыпание сочетается с различными страхами и тревожными опасениями.

Энурез. Упускание мочи, преимущественно во время ночного сна. Патологическим это состояние считается при недержании мочи у детей с 4 лет. Неврозоподобный энурез в отличие от невротического возникает в связи с перенесенными церебрально-органическими или соматическими заболеваниями. При энурезе органического генеза отсутствует четкая зависимость от психологической ситуации и присутствует зависимость от соматических заболеваний.

Энкопрез. Нарушение контроля дефекации при имевшихся ранее навыках самообслуживания. Как правило, родители ребенка жалуются на периодическое «пачканье белья». Как правило, ребенок не испытывает позывов к дефекации, которая происходит самопроизвольно. В большинстве случаев дети болезненно переживают свой недостаток, скрывают его.

Патологические привычные действия. Наиболее распространенными патологическими привычными действиями явля-

ются сосание пальца, кусание ногтей (онихофагия), болезненное стремление выдергивать или выщипывать волосы (трихотилломания) и раскачивание головой и туловищем (яктация).

В основе патологических привычных действий лежит фиксация на каких-либо действиях, свойственных детям более раннего возраста, приобретающих неконтролируемый, необоримый характер.

4 КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Классификация тех или иных наблюдений, данных, составляющих предмет научной дисциплины, не только отражает ее достижения, но имеет большое перспективное значение для последующего развития этой дисциплины, а также для решения теоретических и практических задач.

По мере развития психиатрии систематика психических болезней строилась с учетом следующих предпосылок: синдромальный подход (ориентация на психические расстройства, выявленные у больного на период обследования) дополнялся описаниями особенностей динамики отдельных состояний, соображениями об общей характеристике патологического процесса.

Созданная Э. Крепелином нозологическая классификация психической патологии соответствовала принципам медицинской модели соматической патологии с определенной этиологией, клиникой и исходом для каждого заболевания. Однако систематика Э. Крепелина в некоторых странах была встречена критическими замечаниями и даже отвергалась. Многие клиницисты, наблюдая больных, отмечали, что возникновение психических расстройств и их клинические изменения нередко не соответствуют принципам классификации Э. Крепелина. Во многих странах существуют национальные классификации психических расстройств, в значительной степени отличающиеся друг от друга.

В подходах к систематике психических заболеваний, независимо от того, на каком этапе развития психиатрии они создавались, можно выделить два методологических принципа: 1) ориентацию на медицинскую модель в квалификации психических болезней; 2) отрицание адекватности применения медицинской модели для систематики психических расстройств (антинозологический подход). Следует иметь в виду, что отход от медицинского понимания сущности психических расстройств ведет к утрате предмета психиатрии как медицинской дисциплины. В то же время и упрощенное понимание соотношения психического и соматического, равно как и объяснение с таких позиций психических расстройств, не углубляют наших знаний о сущности психической болезни.

Большое значение в создании классификации психических заболеваний для обеспечения унифицированной оценки психически больных психиатрами различных стран сыграла Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ при участии экспертов и специалистов различных стран подготовила в течение нескольких лет варианты Международной классификации болезней (МКБ-10). Процесс создания МКБ был трудным и сложным, поскольку классификация может получить широкое признание только в том случае, если возможно ее применение психиатрами разных стран, придерживающихся различных взглядов на диагностику психических расстройств.

Отсутствие надежных знаний об этиологии и патогенезе психических заболеваний создает особые трудности в выборе значимых признаков для построения классификации. Их выбор определяется на основе практической значимости, что делает классификацию эклектичной. Такой существенный дефект в построении классификации психических расстройств не преодолен ни одной национальной классификацией, в том числе и 10-м пересмотром МКБ, подготовленным ВОЗ. К предпосылкам, на которых обычно основываются классификации, относятся: возраст больных, на который приходится начало болезни, ее психопатологические и клинические особенности, этиологические факторы, патогенез болезни и т.д. МКБ дополняется глоссарием, позволяющим уточнить клинические понятия и критерии их отграничения.

Как известно, психиатрическая терминология отличается от терминологии других медицинских дисциплин особой сложностью. Причины этого — недостаточные знания о природе психических расстройств, обилие терминов, заимствованных из психологии, наличие большого количества понятий, сходных по своему значению или даже однозначных, но трактуемых по-разному.

В России, как и во многих других странах, для административно-статистических целей МКБ-10 применяется уже несколько лет. Создатели классификации ориентировались в первую очередь на практическое удобство при ее использовании и на максимально возможный уровень воспроизводимости результата независимо от опыта и теоретических воззрений конкретного врача. Это заставило отказаться от использования любых понятий, не имеющих точных, одинаково принимаемых в различных странах определений. Поэтому в классификации не используются такие термины как «эндогенный» и «экзогенный», «невроз» и «психоз». Само понятие «болезнь» заменено более широким термином «расстройство». Социальная и практическая направленность классификации потребовала выделения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (ПАВ) и алкоголя, в отдельную группу. МКБ-10 не отрицает в целом идеи нозологической классификации: в частности, используются такие общепринятые нозологические единицы, как «шизофрения», «органические расстройства», «реакция на стресс». Однако такой принцип учитывается только при условии, что он не вызывает существенных разногласий.

Изложим принципы построения этой классификации психических расстройств. МКБ-10 состоит из десяти блоков, каждый из них включает отдельные психические заболевания, варианты этих психических заболеваний и психопатологические синдромы. Важной особенностью МКБ-10 являются обстоятельная характеристика каждого блока психических расстройств, попытка определить для них общую предпосылку, на основании которой они включены в этот блок. Дается основная характеристика каждого вида психических расстройств (болезней), отдельных форм их проявлений, вариантов психопатологических комплексов (синдромов), включенных в блок. Выделены диагностичес-

кие и дифференциально-диагностические критерии психических расстройств. Все это способствует единообразию диагностики психических расстройств, обеспечивает большую сопоставимость клинических данных с результатами научных исследований. Вместе с тем и эта классификация эклектична. Она также основывается на ряде предпосылок: этиологических, клинических, психопатологических, патогенетических и т.д., в отличие от медицинской модели болезни, базирующейся на этиологических и клинико-морфологических признаках.

Далее приводится перечень диагностических рубрик (указанные в классификации коды-шифры используются для статистической обработки).

F0 *Органические, включая симптоматические, психические расстройства.*

В этот блок отнесена группа психических расстройств, возникающих при непосредственном или опосредованном поражении головного мозга физическими или токсическими факторами; вследствие эндокринных расстройств, экстрацеребральной патологии, приводящих к гипоксии, токсикозу мозга и нарушению его функций. Психические расстройства в этом блоке представлены такими тяжелыми проявлениями, как различные формы слабоумия, психопатологические расстройства, протекающие с галлюцинаторными и бредовыми синдромами, грубыми расстройствами памяти, а также эмоциональными и личностными нарушениями. Сюда же включена и эпилепсия.

F1 *Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ (алкоголя, наркотических и других средств).*

В данную рубрику включены психические расстройства, возникающие в связи со злоупотреблением ПАВ. Они обнаруживают определенную патогенетическую общность: вызывают, как правило, эйфоризирующий эффект, формируют психологическую и физическую зависимость, а прекращение их употребления вызывает синдром отмены. К ПАВ относятся алкоголь, наркотики, некоторые препараты бытовой химии, психотропные средства и т.д.

Психические расстройства проявляются психоорганическим синдромом, а также психотическими эмоциональными и поведенческими нарушениями.

F2 *Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.*

Шизофрения в этом блоке — ведущие психическое расстройство. Другие психические расстройства, ранее относимые к шизофрении, теперь рассматриваются отдельно. Шизотипическое расстройство, как отмечается, включает в себя многие признаки шизофрении и, по-видимому, между ним и шизофренией имеется генетическая общность, однако при первом варианте не отмечается грубых поведенческих расстройств, галлюцинаторно-бредовой симптоматики. Также указывается, что многие бредовые психические расстройства не связаны с шизофренией, хотя их трудно отграничить от нее на ранних стадиях. Они подразделяются на острые и хронические бредовые расстройства.

F3 *Аффективные (эмоциональные) расстройства.*

Здесь представлены различные по выраженности, формам проявления и продолжительности аффективные расстройства.

F4 *Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.*

В этот блок включены пограничные психические расстройства, описываемые ранее под термином «неврозы». Вместе с тем сюда же включены некоторые формы острых психических расстройств, возникающих в виде реакции на стресс (аффективно-шоковые). Другие психотические варианты психогенных реакций — параноидные и депрессивные — отнесены к иным разделам.

Отдельно рассматривается группа психических расстройств, именуемая как соматоформные, когда больные высказывают жалобы соматического характера, порой имитирующие соматические заболевания при отсутствии органических изменений внутренних органов.

F5 *Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.*

Эта группа психических нарушений включает расстройства питания, сна, сексуального функционирования и т.д.

F6 *Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.*

В этот блок психических расстройств входят формы психической патологии, описываемые в нашей национальной классификации как психопатии, включая и нарушение влечений.

F7 *Умственная отсталость* (*олигофрения*).

F8 *Нарушения психологического* (*психического*) *развития*.

Этот раздел включает различные варианты нарушения психологического развития у детей. Эти нарушения уменьшаются с возрастом, хотя могут сохраняться в дальнейшем. Преимущественно представлены нарушения (задержка) формирования речи, учебных навыков, поведения.

F9 *Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте*.

Сюда включены главным образом поведенческие и эмоциональные расстройства, возникающие в детском (как правило в 5 лет жизни) и (отчасти) подростковом возрасте.

Ниже приводится сокращенный список основных рубрик МКБ-10.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (список рубрик главы V МКБ-10)

F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F00 — деменция при болезни Альцгеймера

F01 — сосудистая деменция

F02 — другая деменция (болезни Пика, Крейтцфельдта–Якоба, Паркинсона, хорея Гентингтона, СПИД и др.)

F03 — деменция неуточненная

F04 — амнестический (корсаковский) синдром неалкогольный

F05 — делирий неалкогольный

F06 — другие расстройства (галлюциноз, бред, кататония и проч.)

F07 — органическое расстройство личности

F09 — неуточненные

F1 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ

F10 — алкоголь

F11 — опиаты

F12 — конопля

F13 — седативные и снотворные средства

F14 — кокаин

F15 — психостимуляторы и кофеин

F16 — галлюциногены
F17 — табак
F18 — летучие растворители
F19 — другие или сочетание вышеуказанных
Характер расстройства обозначается 4-м знаком:
F1*.0 — острая интоксикация
F1*.1 — употребление с вредными последствиями
F1*.2 — синдром зависимости
F1*.3 — синдром отмены
F1*.4 — делирий
F1*.5 — другой психоз (галлюциноз, параноид, депрессия)
F1*.6 — амнестический (корсаковский) синдром
F1*.7 — резидуальное психическое расстройство (деменция, расстройство личности)
F1*.8 — другие
F1*.9 — неуточненные

F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F20 — шизофрения, в том числе:
F20.0 — параноидная
F20.1 — гебефренная
F20.2 — кататоническая
F20.3 — недифференцированная
F20.4 — постшизофреническая депрессия
F20.5 — резидуальная
F20.6 — простая
F20.8 — другие
F20.9 — неуточненные
Также выделяют типы течения:
F20*.0 — непрерывный
F20*.1 — эпизодический с нарастающим дефектом
F20*.2 — эпизодический со стабильным дефектом
F20*.3 — эпизодический ремиттирующий
F20*.4 — неполная ремиссия
F20*.5 — полная ремиссия
F20*.8 — другие
F20*.9 — период наблюдения менее года
F21— шизотипическое расстройство
F22 — хронические бредовые расстройства

F23 — острые и транзиторные бредовые расстройства
F24 — индуцированный бред
F25 — шизоаффективные психозы
F28 — другие неорганические психозы
F29 — неуточненный бредовый психоз

F3 Аффективные расстройства

F30 — маниакальный эпизод
F31 — биполярный психоз
F32 — депрессивный эпизод
F33 — рекуррентное депрессивное расстройство
F34 — хронические расстройства настроения
F38 — другие
F39 — неуточненные

F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

F40 — тревожно-фобическое расстройство
F41— панические атаки и другие тревожные состояния
F42 — обсессивно-компульсивное расстройство
F43 — реакция на стресс и расстройства адаптации
F44 — диссоциативные (конверсионные) расстройства
F45 — соматоформные расстройства
F48 — неврастения, деперсонализация и др.
F49 — неуточненные

F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F50 — расстройства приема пищи
F51 — неорганические расстройства сна
F52 — половая дисфункция
F53 — расстройства послеродового периода
F54 — психосоматические расстройства
F55 — злоупотребление средствами, не вызывающими зависимости
F59 — неуточненные

F6 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

F60 — специфические расстройства личности (психопатии), в том числе:
F60.0 — параноидное (паранойяльное)
F60.1 — шизоидное

F60.2 — диссоциальное
F60.3 — эмоционально неустойчивое
F60.4 — истерическое
F60.5 — ананкастное
F60.6 — тревожное
F60.7 — зависимое
F60.8 — другие
F60.9 — неуточненные
F61 — смешанные и другие расстройства личности
F62 — изменения личности вследствие психотравмы, психической болезни и проч.
F63 — расстройства привычек и влечений
F64 — расстройства половой идентификации
F65 — расстройства сексуального предпочтения
F66 — расстройства сексуального развития и ориентации
F68 — другие (симуляция, синдром Мюнхгаузена и проч.)
F69 — неуточненные

F7 Умственная отсталость

F70 — легкая умственная отсталость
F71 — умеренная умственная отсталость
F72 — тяжелая умственная отсталость
F73 — глубокая умственная отсталость
F78 — другие
F79 — неуточненные

F8 Нарушения психологического развития

F80 — нарушение развития речи
F81 — расстройства развития школьных навыков
F82 — нарушение развития двигательных функций
F83 — смешанные расстройства развития
F84 — детский аутизм и общие расстройства развития
F88 — другие расстройства развития
F89 — неуточненные

F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F90 — гиперкинетическое расстройство
F91 — расстройства поведения
F92 — смешанные расстройства поведения и эмоций
F93 — тревожные, фобические и другие расстройства

F94 — расстройства социального функционирования
F95 — тикозные расстройства
F98 — энурез, энкопрез, заикание, расстройства питания
F99 — неуточненные психические расстройства

Следует отметить, что ориентация на нозологический принцип систематики психических расстройств свойственна в той или иной мере практически всем национальным классификациям. Такая тенденция четко обозначена в отечественной психиатрии. Примером этого может служить выделение С.С. Корсаковым полиневритического алкогольного психоза, позже названного его именем. В этом заболевании присутствуют основные признаки его нозологической самостоятельности: специфическая этиология и типичная клиническая картина. Примером классификации, построенной с нозологических позиций, служит классификация, разработанная в Научном центре психического здоровья РАМН. В ней выделяются следующие группы психических заболеваний:

1) эндогенные;
2) эндогенно-органические;
3) экзогенно-органические;
4) экзогенные;
5) психогенные.

Обычно для эндогенных заболеваний типичен спонтанный характер возникновения болезни, т.е. отсутствие какого-либо внешнего фактора, который мог бы вызвать расстройство психики. Поэтому другим признаком эндогенных заболеваний является автохтонное, не зависящее от внешних условий течение болезни. Течение эндогенных заболеваний не столько обычно связано с сиюминутными изменениями микросоциальной ситуации, метеорологических условий или соматического здоровья, сколько с внутренними общебиологическими перестройками в организме. В большинстве случаев в развитии эндогенных заболеваний значительную роль играет фактор наследственности. И хотя психические болезни не представляют собой фатальную наследственную патологию, практически всегда удается проследить роль наследственной предрасположенности, которая реализуется в виде особого типа психофизиологической конституции.

Понятие *экзогенных расстройств* охватывает широкий спектр патологии, обусловленной внешними физическими, химическими и биологическими факторами (травмой, интоксикацией, гипоксией, ионизирующим излучением, инфекцией). В практической психиатрии к данным расстройствам относят и наблюдаемые при соматических заболеваниях вторичные нарушения психики. Действительно, клинические проявления соматогенных заболеваний не отличаются от других экзогенных причин, поскольку мозг одинаково реагирует на гипоксию или интоксикацию вне зависимости от ее причин.

Психогенные заболевания обусловлены в первую очередь неблагоприятной психологической ситуацией, эмоциональным стрессом, микро- и макросоциальными факторами. Важным отличием психогенных заболеваний от эндогенных является отсутствие конкретных органических изменений в мозге.

Ниже приводится систематика психических расстройств, разработанная в Научном центре психического здоровья РАМН (Снежневский А.В., 1983; Тиганов А.С., 1999).

Эндогенные психические заболевания

Шизофрения.

Аффективные заболевания:

- аффективные психозы (в том числе МДП):
  - циклотимия;
  - дистимия;
  - шизоаффективные психозы;
- функциональные психозы позднего возраста (в том числе инволюционная депрессия и инволюционный параноид).

Эндогенно-органические заболевания

Эпилепсия.

Дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга:

- деменции альцгеймеровского типа;
- болезнь Альцгеймера;
- сенильная деменция.

Системно-органические заболевания.

Болезнь Пика.

Хорея Гентингтона.

Болезнь Паркинсона.

Наследственные органические заболевания.

Особые формы психозов позднего возраста.

Экзогенно-органические заболевания

Психические нарушения при травмах головного мозга.

Психические нарушения при опухолях головного мозга.

Инфекционно-органические заболевания головного мозга.

Сосудистые заболевания головного мозга.

Экзогенные психические расстройства

Алкоголизм.

Наркомании и токсикомании.

Симптоматические психозы.

Психические нарушения при соматических неинфекционных заболеваниях.

Психические нарушения при соматических инфекционных заболеваниях.

Психические нарушения при интоксикациях лекарственными средствами, бытовыми и промышленными токсичными веществами.

Психосоматические расстройства.

Психогенные заболевания

Реактивные психозы.

Посттравматический стрессовый синдром.

Пограничные психические нарушения:

- невротические расстройства;
- тревожно-фобические состояния;
- неврастения;
- обсессивно-компульсивные нарушения;
- истерические нарушения невротического уровня.

Расстройства личности (психопатии)

Патология психического развития.

Умственная отсталость.

Задержки психического развития.

Искажения психического развития.

5 ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

5.1. F00–F03 ОРГАНИЧЕСКИЕ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Деменция — нарушение высших функций коры головного мозга: памяти, ориентировки, мышления, понимания, способности к обучению и суждениям, выражающееся в снижение интеллекта и уровня ранее приобретенных знаний, вплоть до утраты элементарных навыков, способности к самообслуживанию. Продолжительность симптомов должна составлять не менее 6 мес. Характер хронический и/или прогрессирующий.

F00 Деменция при болезни Альцгеймера

В типичных случаях характеризуется нарастающим слабоумием, сопровождающимся афазией, аграфией, алексией, апраксией. Отмечаются нарушения памяти по типу прогрессирующей амнезии. Развивается полная амнестическая, а затем и аутопсихическая дезориентировка.

Быстро нарастают нарушения всех видов умственной деятельности: внимания, восприятия, осмысления окружающего. Характерна утрата простых бытовых, в том числе автоматизированных, навыков. Распад речи определяется преобладанием амнестической и сенсорной афазии, типичны повторение началь-

ных букв, отдельных слогов (логоклония), дизартрия, разные формы насильственного повторения и речевого возбуждения. На поздних этапах заболевания, наряду с полной невозможностью понимания чужой речи, собственная речь больных становится еще более невнятной. Письмо больных представляет стереотипные наборы букв, часто бессмысленные значки.

Возможны состояния полной апрактической обездвиженности, при которых любое целенаправленное движение невозможно.

F00.0 *Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом*

Характер клинической картины аналогичен приведенному выше. Начало заболевания до 65 лет с быстрым прогрессированием расстройств высших корковых функций.

F00.1 *Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом*

Характер клинической картины аналогичен вышеприведенному. Начало заболевания после 65–75 лет с быстрым прогрессированием расстройств высших корковых функций.

F00.2 *Деменция при болезни Альцгеймера с атипичным или смешанным течением*

Характеризуется атипичной (неполным набором симптомов) клинической картиной, сочетанием общих признаков заболевания с ранним и поздним началом, присоединением симптомов, специфичных для деменций сосудистого генеза.

F00.9 *Деменция при болезни Альцгеймера неуточненная*

Отмечаются признаки деменции альцгеймеровского типа, однако в целом определение конкретной формы заболевания затруднено.

Принципы *терапии* форм F00.0–F00.9:

- преодоление дефицита нейротрансмиттеров;
- применение нейропротекторов;
- устранение продуктивных психопатологических нарушений;
- реадаптация.

Фармакотерапия: галантамин, донепезил гидрохлорид, ипидакрин, мемантин, пирацетам, пиритинол, ривастигмин, тиоридазин, холина альфосцерат, церебролизин.

F01 Деменция сосудистая

Характеризуется:

- преобладанием мнестико-интеллектуальных расстройств — снижением уровня суждений, ослаблением памяти на текущие и прошлые события, амнестической афазией;
- замедленностью психических процессов;
- эмоциональной лабильностью;
- волнообразным характером психических расстройств.

Выделяют следующие клинические варианты сосудистой деменции.

Лакунарная (парциальная) деменция. Характерны частичные мнестические нарушения, относительная ориентировка, сохранность навыков поведения, личностных реакций — «ядра личности». Присутствует осознание болезни, возможно сохранение частичной критики к своему состоянию. Отмечается затрудненность и замедленность психических процессов, речи, двигательной активности, чувство беспомощности, снижение психической активности и уровня интеллектуальной деятельности. Как правило, присутствуют тревожные переживания, слезливость, проявления слабодушия. Наиболее специфичны нарушения памяти — фиксационная амнезия, амнестическая дезориентировка и конфабуляции, что соответствует корсаковскому синдрому различной выраженности.

Тотальная деменция. Характеризуется выраженными мнестико-интеллектуальными расстройствами: отсутствием осознания своего заболевания, невозможностью самостоятельной адаптационной деятельности, нарушением практических навыков и памяти, слабодушием, подчиняемостью.

Псевдопаралитическая сосудистая деменция. Тип деменции, сходный с картиной деменции при прогрессивном параличе, но отличающийся значительно меньшей степенью психической деградации. В клинической картине деменции отмечаются эйфория, часто бессмысленное многословие. Уровень суждений снижен, наблюдаются расторможенность влечений, малокритичность.

Псевдотуморозная сосудистая деменция. Тип деменции характеризуется оглушенностью, адинамией и снижением двигательной и речевой активности, трудностями восприятия и осмысления реальных событий. Обязательны дополнительные

обследования пациента для исключения онкологического заболевания.

Сенильноподобная деменция. Характерна для сосудистых расстройств в старческом возрасте. В клинической картине присутствуют признаки тотальной деменции. Как правило, встречается при сочетании сосудистых нарушений и атрофических процессов. Сосудистые поражения мозга могут протекать и с относительно выраженной психопатологической симптоматикой с существенным преобладанием неврологических нарушений.

F01.0 *Деменция сосудистая с острым началом*

Развивается после ишемических инсультов или геморрагии.

F01.1 *Деменция сосудистая мультифакторная*

Развивается в результате последовательных инфарктов паренхимы головного мозга, характеризуется преимущественно поражением коры головного мозга.

F01.2 *Деменция сосудистая субкортикальная*

Характеризуется дисфункцией субкортикальных структур головного мозга.

F01.3 *Деменция сосудистая смешанная корковая и подкорковая*

Характеризуется смешанной клинической картиной кортикальной и субкортикальной деменции.

F01.9 *Деменция неуточненная*

Характеризуется клиническими проявлениями (неполными или атипичными) деменции, сходными с нарушениями сосудистого генеза.

Принципы *терапии* сосудистой деменции:

- лечение сосудистой церебральной недостаточности;
- предотвращение повторных нарушений мозгового кровообращения;
- профилактика (коррекция) сопутствующих заболеваний.

Фармакотерапия форм расстройств F01–F01.9: винпоцетин, гинкго билоба, глиатилин, глицин, деанола ацеглумат, инстенон[1],

[1] Комплекс гексобендин дигидрохлорид, этамиван, этофиллин. Здесь и далее используется генерическое или наиболее часто употребляемое название препарата.

[2] Гопантеновая кислота.

зуклопентиксол, мемантин, мемория, нимодипин, пантогам[2], пентоксифиллин, пирацетам, пирибедил, пиритинол, церебролизин.

Контроль соматического состояния и терапия сопутствующих заболеваний. Реабилитация, реадаптация.

F02 Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах

F02.0 *Деменция при болезни Пика*

Характерны развитие тотального слабоумия, глубокие и прогрессирующие изменения личности. Резко снижаются продуктивность мышления, уровень суждений, критика.

Тип клинических проявлений коррелирует с преимущественной локализацией атрофического процесса:

- атрофия конвекситальных поверхностей лобных долей — аспонтанность, пассивность, бездеятельность, безразличие и эмоциональное притупление, нарастает оскудение речи, мышления и моторики;
- атрофия орбитальных (базальных) участков лобных долей — эйфория, резкое снижение критики, утрата нравственных установок, расторможенность влечений;
- атрофия лобно-височная — отмечаются различные стереотипии в поведении, поступках, речи, письме.

Во всех случаях наблюдается распад речи, развивается тотальная афазия.

Отмечается обеднение речи, появляются речевые стереотипии. Эхолалия бывает частичной или полной, смягченной и автоматизированной. Выявляются «стоячие обороты», на поздних этапах болезни они могут составлять единственную форму речевой активности больного. Наблюдаются также нарушения чтения, письма (в том числе «стоячие обороты» при письме и счете), апраксические симптомы, как правило, выражены умеренно.

Фармакотерапия: мемантин, пирацетам, пиритинол, церебролизин.

Реадаптация.

F02.1 *Деменция при болезни Крейтцфельдта—Якоба*

Клинические проявления вариабельны, преобладают полиморфные неврологические расстройства (пирамидные и экстрапирамидные параличи и парезы, миоклонии, эпилептические припадки), сочетающиеся с быстропрогрессирующими психи-

ческими нарушениями и формированием глубокой деменции. Возможны эпизоды помраченного сознания с делирием, отрывочными слуховыми галлюцинациями, конфабуляции.

Прогноз неблагоприятный.

Терапия симптоматическая. Реадаптация.

F02.2 *Деменция при болезни Гентингтона*

Деменция характеризуется медленной прогредиентностью. Отмечается долго сохраняющаяся способность к самообслуживанию с одновременным интеллектуальным снижением. Интеллектуальная работоспособность носит «скачкообразный» характер. Типичны дефекты понятийного мышления, прогрессирующее снижение уровня обобщений и суждений. Формирование деменции сопровождается усилением аффективных и психопатоподобных изменений — нарастают возбудимость, эмоциональная неустойчивость, отмечаются депрессивные, ипохондрические реакции. Степень слабоумия различна, не коррелирует с выраженностью гиперкинезов, однако гиперкинезы приводят к изменениям речи.

Ювенильный вариант хореи Гентингтона отличается нарушениями моторики, большей прогредиентностью, появлением симптоматической эпилепсии и мозжечковых расстройств. Начальными признаками болезни служат хореические движения, затем отмечается прогрессирующая мышечная ригидность. Присоединяются нарушения концентрации внимания, нарастает интеллектуальное снижение, возможны острые психотические состояния. Судорожные припадки развиваются у 30–50% больных с ювенильным вариантом. На отдаленных, поздних стадиях болезни отмечаются большие (и малые) судорожные припадки. Возможны расстройства мозжечковых функций.

Терапия проводится с учетом ведущего синдрома.

Фармакотерапия: галоперидол, клоназепам, тиаприд, фенотиазин.

Реадаптация. Методом профилактики заболевания является медико-генетическое консультирование ближайших родственников больного.

F02.3 *Деменция при болезни Паркинсона*

Характеризуется (на поздних стадиях заболевания) выраженными мнестико-интеллектуальными расстройствами — ос-

лаблением памяти, снижением уровня суждений, обычно сочетающимися с легкой эйфорией и неврологическими нарушениями. Отмечаются негативные аффективные переживания больных, раздражительность, эгоцентризм, подозрительность, постоянное недовольство окружающими.

Фармакотерапия: препараты леводопы (основное лечение), депренил, мидантант.

F02.4 *Деменция при болезнях, обусловленных ВИЧ*

Характеризуется быстрым развитием (недели, месяцы) глубокой деменции при наличии диагностированной ВИЧ-инфекции у больного и отсутствии других причин развития дементного состояния. Характеризуется быстрой прогредиентностью, глобальным характером, как правило, сопровождается мутизмом.

Терапия симптоматическая. Реадаптация.

F02.8 Деменция при других уточненных заболеваниях

F02.8x0 *Деменция в связи с травмой головного мозга*

Проявляется в форме дисмнестического и тотального слабоумия, иногда с корковыми очаговыми симптомами. Возможны клинические варианты с доминированием:

- вялости, аспонтанности, слабодушия, астеноподобной симптоматики;
- благодушия или эйфории, переоценкой собственной личности, назойливости, расторможенности влечений.

Слабоумие, как правило, возникает на отдаленных этапах травматической болезни. Всегда сказываются дополнительные вредности — повторные травмы, злоупотребление алкоголем, присоединяющиеся сосудистые процессы. Для формирования деменции значимы интенсивность травмы, возраст пациента.

Фармакотерапия при состояниях психомоторного возбуждения: хлорпромазин, галоперидол, левомепромазин, тиоридазин, алимемазин, клоназепам.

Реадаптация.

F02.8x2 *Деменция в связи с эпилепсией*[1]

Характеризуется нарушением мнестико-интеллектуальных функций — замедленностью и тугоподвижностью мышления,

[1] В связи с переводом эпилепсии в раздел «Неврология», приводятся расстройства, относящиеся к компетенции психиатра.

склонностью к детализации, невозможностью выделить главное. Отмечаются снижение памяти, выраженный эгоцентризм, настороженность, агрессивность в отношении окружающих.

Фармакотерапия при состояниях психомоторного возбуждения: алимемазин, галоперидол, клоназепам, левомепромазин, тиоридазин, хлорпромазин.

F02.8x3 *Деменция в связи с новообразованием головного мозга*

Клиническая картина определяется локализацией и интенсивностью процесса. Характеризуется аспонтанностью, замедлением психических процессов, расстройствами памяти. Больные быстро устают, малоконтактны. Присутствуют, как правило, очаговые симптомы. Иногда наличие новообразования носит скрытый, «молчащий» характер. Возможны иллюзорные искажения восприятия. На поздних этапах заболевания при постепенном нарастании признаков повышенного внутричерепного давления картина помраченного сознания перерастает в сопор, затем в кому. Под влиянием различных факторов (сдавливание или смещение мозга опухолью, кровоизлияние в опухоль, резкое повышение внутричерепного давления, нарушение ликворо- и кровообращения, отек или набухание мозга) возможны внезапные переходы в состояния выключенного сознания.

Выделяется группа психических изменений, преобладающих при опухолях глубинных отделов мозга. При опухолях мозгового ствола наряду с резким повышением мышечного тонуса и симптомами паркинсонизма описывались явления сниженной реактивности, отсутствие инициативы, назойливость, а также эмоциональная лабильность, отвлекаемость, импульсивность, расторможенность влечений и аффектов.

Терапия: оперативное вмешательство или симптоматическая.

F02.8x5 *Деменция в связи с нейросифилисом*

Характеризуется утратой индивидуальных черт личности, отсутствием критического отношения к себе, расторможенностью влечений. Фон настроения — благодушно эйфорический или апатичный; последовательно нарастает снижение интеллектуальной деятельности. С прогрессированием заболевания на-

блюдаются тотальный распад психической деятельности, полная беспомощность, маразм.

Терапия: антибиотикотерапия, пиротерапия, уход, контроль соматического состояния, реадаптация.

F03 Деменция неуточненная

Состояние сходно по проявлениям с вышеприведенными, но генез состояния неуточнен.

F03.1 *Деменция сенильная*

Характеризуется прогрессирующим распадом психической деятельности, завершающимся тотальным слабоумием. Как правило, заболевание начинается в 65–75 лет. Последовательно происходит заострение, утрирование прежних черт характера. При этом отмечается сужение интересов, нарастание эгоцентризма, скупости. Присоединяются подозрительность, придирчивость, бестактность. Снижается критика, наблюдается диссоциация подозрительности и сравнительного легковерия. Утрачиваются недавно приобретенный опыт, иногда ранее приобретенные навыки сохраняются дольше, способность к приобретению новых знаний уменьшается. Последовательно снижается уровень суждений, присутствуют расстройства памяти. Возникает фиксационная амнезия, амнестическая дезориентировка. Иногда больные с полной амнестической дезориентировкой развивают псевдодеятельность, отражающую их ложные представления об окружающей обстановке и собственной личности.

Фармакотерапия: мемантин, пирацетам, пиритинол, церебролизин.

Контроль соматического состояния, терапия сопутствующих заболеваний. Реадаптация.

F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими ПАВ

Состояние больного характеризуется выраженным нарушением памяти как на недавние события, так и на события далекого прошлого, резким снижением способности изучать новый материал и дезориентацией во времени. Типичны конфабуляции, в то же время восприятие и интеллект сравнительно сохраняются. Наблюдаются антероградная и ретроградная амнезия, снижение способности к воспроизведению событий прошлого в обратном

порядке. Обычно в анамнезе есть данные об инсульте, черепно-мозговой травме, нейроинфекции.

Терапия основного заболевания, вследствие которого развился амнестический синдром.

Фармакотерапия: аденозина фосфат, гинкго билоба, винпоцетин, инозин, инстенон, мемантин, нандролон, никотиноил гамма-аминомасляная кислота, гопантеновая кислота, пирацетам, пиритинол, церебролизин.

В случаях развития острых психотических расстройств — алимемазин, галоперидол, левомепромазин, хлорпромазин.

Психотерапия, реадаптация.

F05 Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

Расстройство включает состояние различной этиологии, характеризуется следующими клиническими признаками: дезориентацией, искажением восприятия (иллюзии и галлюцинации), нарушениями мышления (преходящий бред), инкогеренцией, гипер- (гипо-)активностью со спонтанным переходом из одного состояния в другое, расстройствами памяти. Эта симптоматика имеет тенденцию к нарастанию и утяжелению в вечернее и ночное время суток.

Подразделяется на острое состояние спутанности неалкогольное, острый мозговой синдром, острый психоорганический синдром, острый инфекционный психоз, острую органическую реакцию.

Психические расстройства делириозного характера — нередкое проявление психоза при различной экзогенной церебрально-органической патологии, в том числе черепно-мозговых травмах, сосудистых заболеваниях (церебральном атеросклерозе, гипертонической и гипотонической болезни), различных инфекциях, в том числе ВИЧ, интоксикациях, не вызванных алкоголем и другими ПАВ. Делирий часто наблюдается в детском или пожилом возрасте, а также у лиц с психопатологической наследственностью, патологическими чертами характера и различными экзогенными вредностями в анамнезе (алкоголизм, черепно-мозговые травмы, сомато- и психогении). Нередко в анамнезе у больных с делириозным помрачением сознания

отмечается сочетание нескольких неблагоприятных факторов, указанных выше. Этиология и патогенез делирия при экзогенных церебрально-органических заболеваниях, как и других психических расстройствах, до настоящего времени недостаточно изучены. В патогенезе органических психических расстройств существенную роль играет гипоксия мозговой ткани, а при патоморфологическом исследовании изменения нередко укладываются в рамки гипоксической энцефалопатии.

При клинико-морфологическом исследовании и анализе психических расстройств при некоторых экзогенных церебрально-органических заболеваниях не обнаруживается прямых корреляций между конкретными психопатологическими синдромами и патоморфологией. Причинно-следственные связи, которые возникают в этих случаях, более сложны и многообразны. Однако структурные изменения головного мозга играют в большей степени роль фона, на котором развиваются различные психотические расстройства. При этом наибольшее значение принадлежит гипоксическому фактору и дисциркуляторным нарушениям, которые нередко приводят к отеку и набуханию головного мозга. У больных с расстройствами делириозного характера может возникать ложная ориентировка в месте и во времени при сохранении ориентировки в отношении собственной личности. Отмечаются зрительные, слуховые иллюзии и галлюцинации, чаще обыденного характера. Кроме того, наблюдаются гиперметаморфоз, отвлекаемость внимания, психическое состояние колеблется в течение суток; указанные выше психические расстройства нарастают, как правило, ночью. Больной пытается куда-то бежать, с трудом удерживается в постели. Соматические расстройства нарастают обычно параллельно психическим. Наиболее яркие внешние проявления первых — вегетативные расстройства: гиперемия кожных покровов, нередко связанная с лабильностью артериального давления, тахикардия, сменяющаяся иногда брадикардией, повышение температуры тела и т.п. Психические расстройства включают: зрительные и слуховые галлюцинации, часто угрожающего содержания, отрывочные бредовые идеи преследования, тревогу и страх. Нередко отмечаются опасные действия — защищаясь от мнимых угроз, больные могут прояв-

лять гетеро- и аутоагрессию. Как правило, сохраняются воспоминания о галлюцинаторных расстройствах и частично о своем поведении в состоянии делирия, окружающие явления часто амнезируются. Продолжительность делирия — от нескольких часов до нескольких суток. При негативном развитии состояние больного приобретает характер муссситирующего делирия, который прогностически неблагоприятен для больного. В состоянии мусситирующего делирия больные возбуждены только в пределах постели, резко астенизированы, обирают с себя разные кажущиеся им мелкие предметы (насекомых), вынимают из полости рта мнимые волосы, проволоки и т.п. Исход делирия зависит от причины, вызвавшей его, т.е. от этиологических факторов, а также от своевременности и адекватности проводимой терапии.

Известны спонтанные выходы из делирия как без видимых остаточных психопатологических расстройств, так и с исходом в психоорганический синдром. Около 25% случаев делирия заканчиваются смертельным исходом, этот процент резко повышается при развитии мусситирующего делирия.

В основе летального исхода в результате делирия, помимо резкой декомпенсации основного заболевания, лежат отек и набухание головного мозга, приводящие к резкому нарушению деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем (отек легких), декомпенсация деятельности сердечно-сосудистой системы, критическое падение артериального давления.

Тяжесть клинической картины делирия определяется констелляцией факторов риска, лежащих в основе формирования патологической почвы в определенном клиническом случае, формой и тяжестью конкретной церебральной органической патологии, а также декомпенсацией соматического состояния.

В зависимости от этого формируются и особенности клинической картины делирия, его тяжесть, что в итоге ведет к тому или иному динамическому развитию и исходу делирия.

Существуют два основных типа делирия. Первый — более легкий с острым дебютом психопатологической симптоматики без нарастания тяжелой церебральной и соматической патологии, который заканчивается через несколько часов, реже — несколько суток с выходом в астеническое состояние без каких-либо выраженных проявлений психоорганического синдрома.

Второй — более тяжелый с менее острым (подострым) развитием делириозных явлений, к которым присоединяются грубые церебрально-органические расстройства и нарастает декомпенсация соматической, прежде всего, сердечно-сосудистой системы.

Психопатологическая картина делирия приобретает характер мусситирующего с очаговой неврологической симптоматикой и с нарастанием оглушения, переходом его в сопор и кому. В этих случаях необходимо исключить внутримозговые нарушения (кровоизлияние в мозг и т.д.). При обратном развитии делирия такого типа в той или иной степени наблюдается проявление психоорганического или корсаковского синдрома. При дифференциальной диагностике необходимо исключить другие формы нарушенного сознания, а также состояния слабоумия при различных психических и неврологических заболеваниях. При делирии не нарушается ориентировка в собственной личности, отсутствуют грезоподобные расстройства. При онейроиде же в когнитивной сфере имеют место симптомы кататонического круга, особое значение приобретает отсутствие типичных соматоневрологических расстройств, свойственных делирию.

F05.0 *Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами, возникший не на фоне деменции*

Острое нарушение сознания травматического, инфекционного, интоксикационного генеза, отмечается также у пациентов с церебральными новообразованиями. Делирий часто развивается после травмы головного мозга, обычно остро или с предшествующими признаками конфабуляторной спутанности. Может возникать в подостром (и в отдаленном) периоде черепно-мозговой травмы, после восстановления сознания на фоне астении при наличии факторов риска. Характеризуется признаками нарушенного сознания, множественными визуальными галлюцинациями (группы и толпы людей, машины, иногда крупные животные). Аффективные переживания — тревога, страх. В поведении больного доминируют возбуждение, бегство, нападение, агрессия. Характерны светлые промежутки; затем возникают повторные обострения общей продолжительностью около 2 нед. Воспоминания больного о делирии фрагментарны.

Делирий интоксикационного (инфекционного и неинфекционного характера) развивается при токсическом поражении

ЦНС и зависит от степени его интенсивности. Чаще всего инфекционный делирий возникает в начальном периоде заболевания после выраженных астенических проявлений (тревога, страх, подавленность, гиперестезия) в ночное время (часто у детей). При неблагоприятном развитии основного заболевания возможен переход делирия в аментивное состояние.

При новообразованиях головного мозга отмечается картина делирия с нерезким возбуждением, немногочисленными галлюцинациями, иллюзиями, развитием на высоте делирия онейрических состояний. В тяжелых, нередко претерминальных состояниях, возникает картина мусситирующего делирия, переходящего в аменцию.

F05.1 *Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами, возникший на фоне деменции*

Острое расстройство сознания, возникающее (как правило, при дополнительном воздействии психотравмирующих факторов) у больных с выраженными признаками дементного состояния различного генеза. Чаще всего делирий наблюдается у больных атеросклерозом головного мозга и сенильными расстройствами. Встречается как в виде развернутого делириозного синдрома, так и в виде недостаточно четко очерченных форм; такие промежуточные типы психических расстройств обозначаются обычно как состояния спутанности. Кратковременные психотические состояния, особенно ночные состояния спутанности, часто многократно повторяются. Такие психотические эпизоды возникают преимущественно при церебральном атеросклерозе, осложненном сердечной декомпенсацией, инфекциями и другими соматическими заболеваниями. Иногда нарушения сознания развиваются в постинсультном состоянии. В рамках одного психотического состояния делирий может переходить в сумеречное состояние, а также в аменцию.

У больных с сенильными расстройствами отмечаются сочетание прогрессирующей деменции с рудиментарными делириозными (сенильная спутанность) нарушениями, иллюзорными обманами восприятия, двигательным беспокойством, а впоследствии и «профессиональным бредом». Подобные состояния возникают в результате присоединения (усиления) соматических расстройств.

F05.8 *Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами, другой*

Включает делирий смешанной этиологии, подострое состояние спутанности или делирий, продолжительностью до 6 мес.

F05.9 *Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами, неуточненный*

Характеризуется вышеописанными признаками психотического расстройства, однако генез нарушений не может быть определен.

Терапия форм F05.0–F05.9.

Лечение делирия основано на этиологических и патогенетических принципах и направлено прежде всего на заболевание, вызвавшее делирий.

Общие принципы терапии:

- дезинтоксикация;
- устранение метаболических и гемодинамических нарушений;
- предупреждение (устранение) отека мозга.

Фармакотерапия: галоперидол, диазепам, левопромазин, пантогам, пирацетам, сульпирид.

F06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункций головного мозга, либо вследствие физической болезни

Включены психические расстройства, возникающие при эпилепсии, лимбическом энцефалите, болезни Гентингтона, травме и новообразованиях головного мозга, цереброваскулярных заболеваниях, повреждениях и пороках развития, коллагенозах, эндокринных (гипо-, гипертиреоз, болезнь Кушинга), обменных заболеваниях, а также при тропических инфекционных и паразитарных заболеваниях. Психические нарушения, возникающие при этих заболеваниях, имеют свою специфику в виде объективных данных о наличии церебрально-органического заболевания, черепно-мозговой травмы, интоксикации (не связанной с действием ПАВ), соматического заболевания, которые нарушают деятельность головного мозга. При этом удается установить обоснованный параллелизм между динамикой основного органического синдрома и психопатологического состояния.

F06.0 *Органический галлюциноз*

Характеризуется выраженными обманами восприятия в форме слуховых, зрительных, иногда тактильных, обонятельных галлюцинаций (возможен синдром Кандинского—Клерамбо). Психоз, как правило, носит приступообразный характер, возникает на фоне церебрастенических расстройств или психоорганического синдрома. В начальном периоде психоза возможны транзиторные нарушения сознания. Также могут отмечаться выпадения отдельных корковых функций, эпилептические припадки.

В отдаленном периоде преобладают астенические расстройства с апатическим компонентом или психопатоподобные состояния. Для возникновения как начальных, так и последующих приступов галлюцинаторно-бредовых психозов большое значение имеют дополнительные соматические вредности.

Фармакотерапия: галоперидол, левомепромазин, перфеназин, рисперидон, тиопроперазин, трифлуоперазин, флупентиксол, корректоры.

F06.1 *Органическое кататоническое расстройство*

Кататоническое и кататоноподобные расстройства органической природы наблюдаются на отдельных этапах развития энцефалитов при поражении стволового отдела и подкорковых образований головного мозга. Характеризуются ступорозными симптомами разной степени и кататоническим возбуждением, бессвязностью речи, двигательными стереотипиями, негативизмом, агрессивными и импульсивными действиями. После редукции кататонических расстройств в клинической картине доминируют явления психоорганического синдрома. Дифференциальная диагностика должна проводиться с шизофрений (кататоническая форма), при этом учитывают, что изменения личности при шизофрении и органических заболеваниях имеют различный характер, оценивают динамику заболеваний, данные параклинических исследований.

Терапия направлена на основное заболевание, вызвавшее расстройство, и осуществляется, как правило, в стационарных условиях.

Фармакотерапия: галоперидол, клозапин, лоразепам, тиопроперазин, трифлуоперазин, корректоры.

F06.2 *Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство*

Бредовые состояния в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы чаще всего имеют форму бреда ревности, преследования, отношения, а также сутяжнических реакций. Астенический компонент нередко слабо выражен. Иногда бред может усложниться идеями ущерба или отравления, ипохондрическими переживаниями. Возможно устойчивое субдепрессивное состояние. Критическая оценка больным окружающей действительности отсутствует. Параноидная симптоматика проявляется на фоне органического изменения личности, что, наряду с другими отличительными признаками, служит существенным отличием этого расстройства от параноидной формы шизофрении.

Параноидные психозы при эпилепсии протекают с бредом обыденного содержания. Бредовые представления связаны с конкретными лицами. В отличие от больных шизофренией пациенты этой группы открыто высказывают свои подозрения, подробно и обстоятельно излагают бредовые переживания.

Фармакотерапия: галоперидол, левомепромазин, оланзапин, перфеназин, рисперидон, трифлуоперазин, хлорпромазин, корректоры.

Для прифилактики побочных действий рекомендуется назначать холинолитические средства.

F06.3 *Органическое аффективное расстройство*

Протекает в форме периодических депрессий и маний, а также биполярно. Маниакальные приступы встречаются чаще, чем депрессивные. Среди больных преобладают женщины. Аффективные психозы возникают после перенесенных легких или среднетяжелых черепно-мозговых травм. По выходе из психоза отмечаются астенические и психопатоподобные изменения. Чаще психозы развиваются спустя 10–20 лет после черепно-мозговой травмы. Последующие приступы депрессии не сопровождаются состоянием измененного сознания, а при маниях и в дальнейшем экзогенная симптоматика — нередкое явление. Депрессии протекают со слезливостью или дисфорией, соматовегетативными расстройствами и ипохондрией. Продолжительность приступов 1–3 мес., частота возникновения раз-

лична. Течение последующих приступов по типу клише, часто с постепенным упрощением симптоматики.

Маниакальные состояния развиваются обычно остро. На фоне повышенного аффекта легко сменяют друг друга благодушие, раздражительность, гневливость, а в более тяжелых случаях присоединяются мориоподобная дурашливость и пуэрильно-псевдодементные проявления. Двигательные расстройства определяются непродуктивной суетливостью. При утяжелении картины психоза возникает помрачение сознания типа сумеречного или аментивноподобного с отрывочным бредом, галлюцинациями и инкогерентным двигательным возбуждением, в котором преобладают стереотипные, элементарные движения. Отмечаются речевое возбуждение, бессвязность речи. Продолжительность нетяжелых маниакальных приступов 1–3 мес., сопровождаемых помрачением сознания — до полугода. Периодические мании, как и биполярные психозы, чаще всего протекают по типу клише, в последующем с постепенной регредиентностью.

Аффективные расстройства сосудистого генеза — так называемые матовые, слезливые, апатические депрессии. На ранних этапах сосудистых заболеваний, особенно при сохранности известной критики и чувства беспомощности, сравнительно часто наблюдаются депрессивные реакции и более длительные реактивные депрессивные состояния.

Острые аффективные психозы у больных эпилепсией представлены депрессиями и маниями с разнообразной психопатологической структурой. Возможны депрессии с дисфорическим оттенком, депрессивные состояния с витальным ощущением тоски, идеями самообвинения, заторможенностью. Сравнительно часто возникают депрессии с тревогой, ажитацией, развитием бредовых идей ипохондрического содержания и сенестопатиями. Маниакальные состояния различны по окраске и интенсивности аффекта: наряду с маниакально-экстатическими психозами наблюдаются мании со стремлением к деятельности и веселые бездеятельные мании.

Фармакотерапия:

- при маниакальном синдроме — галоперидол, левомепромазин, тиоридазин;

- при депрессивном синдроме — амитриптилин, вальпроат натрия, карбамазепин, ламотриджин, лития карбонат, мапротилин, миансерин, моклобемид, пароксетин, пипофезин, флуоксетин, циталопрам.

Психотерапия.

F06.4 *Органическое тревожное расстройство*

Характеризуется периодически возникающими состояниями спонтанной (иногда в ситуациях эмоционального напряжения) тревоги в сочетании с соматовегетативной симптоматикой.

Фармакотерапия: алпразолам (краткие курсы), диазепам, кломипрамин, клоназепам, миансерин, тразодон.

Психотерапия.

F06.5 *Органическое диссоциативное расстройство*

Расстройство характеризуется выраженной конверсионной (истерической) симптоматикой, включающей аффективные, двигательные нарушения, иногда сопровождающиеся частичной амнезией.

Фармакотерапия: транквилизаторы, антидепрессанты с седативным эффектом, «мягкие» нейролептики.

Психотерапия.

F06.6 *Органическое астеническое расстройство*

Астения (астеноподобная симптоматика, церебрастения) — расстройство, возникающее как в остром, так и в отдаленном периоде черепно-мозговых травм. Характеризуется сочетаним раздражительности и истощаемости в различных соотношениях. Помимо повышенной физической и психической утомляемости, отмечается нерешительность, легко возникают тревожные опасения и слабодушие. Наблюдаются гиперестезия и соматовегетативные расстройства. Отмечаются вестибулярные расстройства, особенно при езде в транспорте. Часто встречаются разнообразные и стойкие нарушения сна. Дополнительные неблагоприятные факторы, интеркуррентные заболевания и психические травмы ухудшают состояние больных.

Астеническая (неврозоподобная) симптоматика наблюдается в начальном периоде церебрального сосудистого заболевания, а также гипертонической болезни. Типичны жалобы на головные боли, шум в голове, головокружение, парестезии лица, расстройства сна, повышенную утомляемость, снижение работоспособно-

сти, раздражительность, плохую переносимость колебаний температуры, подавленное настроение, слезливость, забывчивость и др.

Фармакотерапия: дегидратационная терапия, нейрометаболические, цереброваскулярные средства, транквилизаторы, антидепрессанты, гопантеновая кислота, пирацетам.

При дисфорических реакциях — левомепромазин, карбамазепин, тиоридазин.

Психотерапия.

F06.7 *Органическое легкое когнитивное расстройство*

Выделение отдельной формы представляет диагностические трудности. Проявляется неглубокими нарушениями памяти, концентрации внимания. Снижается работоспобность, возникают выраженные колебания настроения.

Фармакотерапия: ноотропы, диазепам, клоназепам, кломипрамин, тиоридазин.

Психотерапия, реабилитация, реадаптация.

F07 Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга

F07.0 *Расстройство личности вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга*

Психопатоподобные расстройства проявляются истерическими чертами, эксплозивностью, а также их сочетанием. Внешние проявления психопатоподобных расстройств, их выраженность, соотношения с астеническим фоном во многом зависят от возраста, в котором была перенесена травма, ее тяжести, преморбидных личностных особенностей, микросоциальных условий, дополнительных вредностей. Легкие и средней степени тяжести черепно-мозговые травмы, особенно полученные в подростковом и юношеском возрасте, психопатические черты личности, способствуют более быстрому формированию психопатоподобных расстройств. Преобладают истерическое поведение и реакции. При тяжелых и среднетяжелых черепно-мозговых травмах, повторных травмах, особенно у лиц зрелого возраста, психопатоподобные расстройства формируются обычно в течение длительного периода. Психопатоподобные расстройства проявляются возбудимостью, взрывчатостью, аффективными реакциями, иногда с агрессивным поведением. Возможно возникновение расстройства влечений. При локальных нарушениях ЦНС отмеча-

ются апато-абулические расстройства, гиподинамия, нарушения навыков письма, чтения, расстройства речи.

Фармакотерапия: ноотропы, транквилизаторы, цереброваскулярные препараты, нормотимики.

F07.1 *Постэнцефалитический синдром вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга*

Включает резидуальные органические нарушения после перенесенного энцефалита. Проявляется неврозоподобными расстройствами астенического характера. Возможны неврологические нарушения, связанные с последствиями нейроинфекции, — парезы, параличи, сенсорные нарушения, агнозия, апраксия, нарушения сна, аппетита.

Фармакотерапия: галоперидол, винпоцетин, витаминотерапия (витамины группы В, рибоксин, ретаболил), инстенон, левомепромазин, пантогам, пиритинол.

F07.2 *Посткоммоционный синдром вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга*

Характеризуется астеноподобной симптоматикой (головные боли, головокружения, быстрая утомляемость, мнестические нарушения), резидуальными расстройствами корковых функций. Типичны эмоциональная лабильность, сниженное настроение, иногда формируются фобические и ипохондрические реакции, госпитализм. Всегда сказываются дополнительные вредности, повторные травмы, алкоголизация, присоединяющиеся сосудистые процессы.

Фармакотерапия: дегидратационная терапия, винпоцетин, витаминотерапия (витамины группы В), деанола ацеглумат, инстенон, карбамазепин, мексидол[1], пантогам, пирацетам, пиритинол, сульпирид, фенотропил, церебролизин.

F07.8 *Другие расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга*

Заболевания характеризуются признаками личностных или поведенческих расстройств органического генеза, но не соответствуют вышеприведенным формам рубрики.

F09 Неуточненные или органические, или симптоматические психические расстройства

Травматическое слабоумие чаще развивается после открытых черепно-мозговых травм и тяжелых контузий, обычно про-

[1] Этилметилгидроксипиридин сукцинат.

является в форме дисмнестического, реже тотального слабоумия. Оно может сопровождаться корковыми очаговыми симптомами. В одних случаях преобладают слабость побуждений, вялость, аспонтанность, слабодушие и астенические проявления, в других — благодушно-беспечный или эйфоричный аффект, переоценка своих способностей, назойливость, иногда расторможение влечений. Возможно формирование стойкого слабоумия сразу вслед за черепно-мозговой травмой, но, как правило, оно возникает на отдаленных этапах травматической болезни. Травматическое поражение в детском и пожилом возрасте вызывает бóльшие интеллектуальные дефекты.

Фармакотерапия: дегидрационная терапия, винпоцетин, инстенон, гопантеновая кислота, пиритинол, церебролизин.

5.2. F10–F19 ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Неуклонный рост заболеваемости алкоголизмом во многих странах мира, экономический и социальный ущерб, медицинские последствия зависимости от алкоголя способствуют ухудшению состояния здоровья населения и указывают, что это заболевание относится к числу важнейших социально-биологических проблем современности (Морозов Г.В., 1978, 2000; Иванец Н.Н., 1990, 2000).

Алкоголизм и связанные с ним тяжелые социальные и медицинские последствия отражают все более неблагоприятную ситуацию, существующую во всем мире и в нашей стране (Иванец Н.Н., 1995).

Диагностические критерии алкоголизма включают:

- патологическое влечение к приему алкоголя;
- наличие синдрома отмены (абстиненции);
- развитие психотических состояний;
- повышение толерантности к алкоголю;
- личностные изменения.

Употребление спиртных напитков возможно в форме бытового пьянства. Алкоголизм в социальном смысле — неумеренное потребление спиртных напитков, оказывающих вредное влияние на здоровье, быт, труд и благосостояние общества. Алкоголизм в медицинском смысле — хроническое заболевание, наступаю-

щее в результате частого, чрезмерного потребления спиртных напитков и болезненного пристрастия к ним.

Алкоголизм характеризуется прогредиентным течением, совокупностью психических и соматических расстройств, таких как патологическое влечение к алкоголю, абстинентный (отмены) синдром, изменение картины опьянения и толерантности к алкоголю, появление нарушений, характерных для синдрома токсической энцефалопатии. С определенного этапа болезни психопатологические проявления сочетаются с невритами и болезнями внутренних органов (желудочно-кишечный тракт) и сердечно-сосудистой системы.

При определении алкоголизма С.С. Корсаков в 1901 г. отграничивал понятия «алкоголизм» и «пьянство». Клиническая картина алкоголизма рассматривалась им в динамике.

Согласно определению, данному ВОЗ, к страдающим алкоголизмом относятся те лица, у которых пристрастие к нему привело к выраженным психическим расстройствам, либо вызвало как психические, так и соматические нарушения, изменило взаимоотношения с коллективом и причинило ущерб имущественным и материальным интересам этих лиц.

Алкоголизм — это болезнь, развивающаяся в результате злоупотребления алкоголем, которая приводит к потере эффективности в работе, нарушению семейных взаимоотношений и общественной жизни и к расстройствам физического и психического здоровья.

Алкоголизм имеет четкие отличия (клинически и биологически обусловленные) от бытового пьянства, хотя последнее всегда предшествует алкоголизму. Бытовое пьянство, привычное злоупотребление алкоголем — это всегда нарушение личностью социально-этических правил. В профилактике пьянства решающее значение имеют меры административно-правового и воспитательного характера, в отличие от пьянства алкоголизм является заболеванием, которое всегда требует применения активных мер медицинского характера, комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Классификации алкоголизма (Иванец Н.Н., 2002)

1. Темп прогредиентности заболевания (скорость формирования физической зависимости от начала систематического употребления алкоголя):

- низкий (более 8 лет);
- средний (от 5 до 8 лет);
- высокий (до 5 лет).

2. Стадия заболевания — тяжесть клинической картины:

- I;
- переходная I–II;
- II;
- переходная II–III;
- конечная III.

3. Форма злоупотребления алкоголем:

- отдельные алкогольные эксцессы;
- псевдозапои;
- постоянное пьянство на фоне высокой толерантности;
- перемежающееся пьянство;
- постоянное пьянство на фоне низкой толерантности;
- истинные запои.

4. Социальные последствия алкоголизма:

- легкие;
- средней тяжести;
- тяжелые.

5. Соматоневрологические последствия алкоголизма:

- соматоневрологический диагноз (артериальная гипертония, патология сердечной деятельности, патология печени, признаки поражения ЦНС, полинейропатия).

6. Ремиссия:

- полная с указанием длительности;
- неполная с указанием количества выпивок в месяц, неделю;
- средняя продолжительность ремиссии: < 6 мес., > 9 мес., > 12 мес.

7. Рецидив.

F10 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя

F10.0 *Острая интоксикация алкоголем*

Основное действие алкоголя — опьяняющее. Результат действия алкоголя определяется не только абсолютной дозой принятого спиртного напитка, но и его крепостью. При действии таких напитков как водка максимальная концентрация алкоголя

в крови достигается в пределах часа. При этом опьянение развивается быстро и более выражено.

Психические расстройства и расстройства поведения вследствие злоупотребления алкоголем, приведенные в МКБ-10, предусматривают перечень разнообразных по клинической картине, тяжести и выраженности проявлений, которые приведены ниже и объединяются в отдельный блок.

Острая интоксикация. Состояние характеризуется наличием данных об интоксикации в результате приема алкоголя и появлением расстройств сознания, когнитивных функций, нарушений аффекта и поведения (статика, координация движений), вегетативных функций.

Острая интоксикация находится в прямом соотношении с дозой у здоровых людей и может меняться у больных с различной патологией.

Острая интоксикация — транзиторное состояние, заканчивающееся выздоровлением, за исключением тяжелых токсических случаев с повреждением жизненно важных органов и тканей. Необходимо проводить дифференциальный диагноз с последствиями черепно-мозговой травмы, гипогликемией и интоксикациями другого генеза. При опьянении наблюдается ряд соматических, неврологических и психических расстройств, проявление которых меняется в зависимости от степени опьянения.

Степень алкогольного опьянения зависит от концентрации алкоголя в крови и от многих других факторов: от метаболизма его в организме, привыкания к алкоголю, возраста, пола, расы и т.д.

В судебно-психиатрической практике принято различать простое алкогольное и патологическое опьянение.

Выделяют легкую, среднюю и тяжелую степень простого алкогольного опьянения.

Опьянение (интоксикация) легкой степени. Для легкой степени опьянения характерно изменение самочувствия и нарушение поведения, типично понижение порога восприятия. Интеллектуальные процессы нарушаются: расстраивается внимание, замедляются реакции, мышление становится менее логичным. Осмысление окружающего затруднено, критика снижена. Настроение неустойчивое, чаще повышенное, эйфоричное, но могут иметь место вспыльчивость, раздражительность и даже

злобность, агрессивность. Координация движений нарушена, отмечается легкое нарушение речи.

Опьянение (интоксикация) средней степени. При средней степени опьянения резко нарушается внимание. Отсутствуют четкость и дифференцированность восприятия. Интеллектуальные процессы протекают в более медленном темпе, мышление определяется случайными ассоциациями. Оживляются примитивные влечения, особенно сексуальные. Лица в состоянии средней стадии опьянения часто бывают злобными, агрессивными, что нередко приводит к дракам и другим противоправным действиям. Значительно нарушена координация движений, походка становится шаткой, речь — невнятной. Характерны также нистагм глазных яблок, гиперемия лица, склер.

Опьянение (интоксикация) тяжелой степени. Отличается угнетением сознания и вегетативных функций. Тяжелая степень опьянения выражается клинической картиной нарастающего оглушения. В дальнейшем наступает глубокий сон: опьяневший засыпает в неудобной позе и в неподходящих местах, могут наблюдаться непроизвольные мочеиспускание и дефекация, изредка судорожные подергивания мышц. Воспоминания о периоде опьянения, как правило, сохранены, но отрывочны. Наблюдаются артериальная гипотония, повышение температуры тела. В коматозном состоянии, возникающем при тяжелой алкогольной интоксикации, необходимы срочные меры, направленные на быстрейшее удаление алкоголя из организма (промывание желудка, поддержание сердечно-сосудистой и дыхательной функций).

При легкой степени опьянения концентрация алкоголя в крови составляет 0,5–1,5‰, при средней — 1,5–2,5‰, при тяжелой — 2,5–4‰.

Патологическое алкогольное опьянение относится к группе острых кратковременно протекающих психических расстройств. Это психотическое состояние со своеобразной симптоматикой, возникающей в результате приема алкоголя. Для патологического опьянения характерно внезапно наступающее изменение сознания типа сумеречного расстройства, в клинической картине которого сочетаются признаки сумеречного помрачения сознания и галлюцинаторно-бредовые переживания, в результате чего

возникает искаженное восприятие и бредовая трактовка окружающего. Обычно отмечается резко выраженная аффективная напряженность — безотчетный страх, тревога, растерянность, гнев. Поступки больных оторваны от реальной ситуации и полностью определяются фабулой болезненных переживаний. Главным признаком для отграничения простого алкогольного опьянения от патологического является установление характера нарушения сознания, качественно отличающегося от оглушенности при простом опьянении.

Патологическое опьянение развивается после приема не только малых (как считалось ранее), но и значительных доз алкоголя. Совершаемые в состоянии патологического опьянения общественно опасные действия не являются реакцией на какие-либо реальные события. В основе их лежат болезненные импульсы, побуждения, представления. У больных в этом состоянии не нарушаются нервно-психические механизмы, регулирующие сложные автоматизированные навыки и равновесие, поэтому лица с патологическим опьянением могут выполнять довольно ловкие и сложные движения, направленные на реализацию общественно опасных действий. У них сохраняется способность совершать сложные целенаправленные поступки, пользоваться транспортом, правильно находить путь к дому и т.д. Заканчивается патологическое опьянение, как правило, так же внезапно, как и начинается, иногда переходит в сон, после которого наступает полная амнезия или сохраняются отрывочные воспоминания о пережитом.

Для определения алкогольного опьянения и его степени наиболее информативна клиническая картина, данные которой должны быть подтверждены лабораторными методами и пробами, позволяющими уточнить содержание алкоголя в крови и его концентрацию. Качественной реакцией на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе является реакция Раппопорта, основанная на том, что алкоголь в присутствии серной кислоты превращается в ацетальдегид и происходит обесцвечивание прибавляемого каплями раствора перманганата калия. Более точным является метод Видмарка, позволяющий с помощью количественного определения установить концентрацию алкоголя в крови. Этот метод основан на одновременной дистилляции и окислении алкоголя в специальной колбе.

Для установления факта алкогольного опьянения широко применяются индикаторные трубки, предложенные Л.А. Моховым и И.П. Шинкаренко. Эти трубки содержат сухой реагент — раствор хромового ангидрида в концентрированной серной кислоте, импрегнирующий вату. Выдыхаемые пары алкоголя меняют желтую окраску индикатора на зеленую или голубую, что является показателем наличия алкоголя в выдыхаемом воздухе (это расценивается как положительная реакция). Точным методом определения максимальной концентрации в крови алкоголя является и методика газожидкостной хроматографии по В.Ф. Пономареву. Этот метод основан на превращении алкоголя в этилнитрат с последующей регистрацией образовавшегося продукта в газовом хроматографе.

При острой интоксикации алкоголем возможны следующие осложнения — травматизация, аспирация рвотных масс, делирий, кома, судороги.

Терапия:

- обеспечение проходимости дыхательных путей;
- поддержание жизненно важных функций, купирование аритмии;
- предотвращение дальнейшего всасывания алкоголя.

Фармакотерапия: симптоматическая.

F10.1 *Неоднократное употребление алкоголя с вредными последствиями*

Проявляется психическими, неврологическими, соматическими расстройствами, социальной дезадаптацией.

Формируются токсическая энцефалопатия, полинейропатии, устойчивая инсомния, депрессия, гипертоническая болезнь, нарушения сердечной деятельности, цирроз печени, деградация личности.

Терапия определяется ведущим синдромом заболевания.

F10.2 *Синдром зависимости от алкоголя*

Неодолимое влечение к алкоголю, связанное с психической и физической зависимостью от него с постоянным (периодическим) его употреблением, приводящим к психическим и физическим расстройствам, а также личностным изменениям.

Расстройство определяется следующими признаками: исчезновением рвотного рефлекса, утратой способности контролировать количество употребляемого алкоголя — потерей коли-

чественного контроля, незапоминанием отдельных событий — алкогольные палимпсесты, потребностью во все возрастающих дозах алкоголя — симптом повышения толерантности. Появляется способность (и стремление) к частому (иногда ежедневному) употреблению алкоголя в значительных дозах.

Фармакотерапия: адеметионин, алпразолам, гидроксизин, деанола ацеглумат, диазепам, димеркапрол, дисульфирам, карбамазепин, лития карбонат, лития никониат, клометиазол, медазепам, мексидол[1], милдронат, пирацетам, пирлиндол, тиоридазин, тофизопам, флупентиксол, хлордиазепоксид, цианамид.

F10.3 *Абстинентное состояние* (*синдром отмены алкоголя, алкогольный абстинентный синдром*, *ААС*)

Возникает спустя разное время после начала злоупотребления алкоголем, проявляется вегетативными и астеническими расстройствами: гиперемией лица, тахикардией, артериальной гипертензией, неприятными ощущениями или болями в области сердца, головокружением, головной болью, потливостью, крупноразмашистым тремором конечностей. Могут появиться боли в мышцах, суставах, диспепсические расстройства, сухость и неприятный привкус во рту, жажда, снижение аппетита, тошнота, рвота, понос, боли в животе в области печени.

Соматические компоненты синдрома отмены усложняются психическими симптомами — тревогой, депрессией. Возникает подозрительность и субъективное толкование слов и действий окружающих: предположение о всеобщем осуждении, депрессивная самооценка. Сон поверхностный, с частыми пробуждениями, иногда с устрашающими сновидениями. Продолжительность абстинентного синдрома с годами изменяется. Вначале указанные расстройства наблюдаются на протяжении нескольких дней, а впоследствии они сохраняются 1–2 нед. и дольше. Абстинентные явления становятся разнообразнее и интенсивнее. От однократного приема спиртного в утренние часы больной переходит к дневному употреблению алкогольных напитков, иногда неоднократному (псевдозапои).

Фармакотерапия: адеметионин, алпразолам, гидроксизин, деанола ацеглумат, диазепам, дикарбин, карбамазепин, лития карбонат, лития никониат, лоразепам, клометиазол, медазепам,

[1] Этилметилгидроксипиридин сукцинат.

мексидол, милдронат, никотиноил гамма-аминомасляная кислота, пирацетам, пирлиндол, тиоридазин, тофизопам, флюанксол, хлордиазепоксид, хлорпротиксен, ксенонотерапия.

F10.4 *Абстинентное состояние* (*синдром отмены алкоголя*) *с делирием*

Делирий развивается спустя несколько часов или суток (3–4 сут) после прекращения приема алкоголя. Характерно совпадение начала делирия с острыми соматическими заболеваниями, травмами, интоксикациями. Делирий развивается обычно внезапно на фоне абстинентного синдрома. Иногда делирий возникает вслед за одним или несколькими судорожными припадками, эпизодом вербальных галлюцинаций, проявлениями острого чувственного бреда. Начальные симптомы делирия — ухудшение ночного сна, вегетативные и вестибулярные расстройства, тремор, а также оживленность в движениях, мимике. Отмечается тревожный аффект, в то же время возможны значительные колебания настроения. Смена настроения, общая оживленность и отвлекаемость с неустойчивостью внимания усиливаются к вечеру. Характерна бессонница, на фоне которой происходит наплыв образов и воспоминаний; могут возникать гипнагогические галлюцинации, зрительные иллюзии, парейдолии и бредовые переживания. Как правило, отмечаются истинные зрительные микропсические галлюцинации — насекомые или мелкие животные, иногда больные видят людей. Зрительные галлюцинации могут быть как единичными, так и множественными, иногда сценоподобны. Нередко отмечаются слуховые, обонятельные, термические, тактильные галлюцинации, галлюцинации общего чувства. Такие расстройства сочетаются со зрительными галлюцинациями в виде паутины, веревок, проволоки, нарушается ощущение положения тела в пространстве. Больные гипердинамичны.

Бред при делирии отрывочен и отражает галлюцинаторные расстройства, чаще всего это бред преследования. Больные обычно дезориентированы в месте, но ориентированы в собственной личности. Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Состояние делирия обычно кратковременное — 3–5 дней, редко 1–1,5 нед. При купировании делирия наблюдается непродолжительная астения, иногда с подавленностью.

Содержание профессионального делирия амнезируется либо целиком, либо фрагментарно, другие делириозные переживания сохраняются в памяти.

Делирий сопровождается соматическими и неврологическими расстройствами. Отмечаются тахикардия, колебания артериального давления, увеличение печени, желтушность склер, выраженная потливость с резким запахом, гиперемия кожных покровов, тремор рук, головы, дрожь всего тела, атаксия, мышечная гипотония. В крови обнаруживаются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, повышенное содержание билирубина и холестерина. Температура чаще субфебрильная.

Фармакотерапия: детоксикация (поливидон, декстран 70, трисоль, хлосоль, изотонический раствор хлорида натрия, раствор Рингера, или 5% раствор глюкозы, внутривенно капельно — 500–1000 мл, 5–10 мл 25% раствора сульфата магния внутривенно с 10% раствором глюкозы капельно, тиамин, пиридоксин цианокобаламин, аскорбиновая и никотиновая кислоты в/в или в/м, маннитол внутривенно, фуросемид внутримышечно, оксибутират натрия, тиопентал натрия внутривенно, диазепам внутримышечно, пирацетам 10–20 мл 20% раствора, гидрокортизон, преднизолон внутривенно или внутримышечно), гипербарическая оксигенация, поверхностная церебральная гипотермия, плазмаферез, бетамакс, карбамазепин, клометиазол, клоназепам.

F10.5 *Психотическое расстройство, связанное с употреблением алкоголя*

Острый галлюциноз развивается в период абстинентного синдрома.

Проявляется слуховыми галлюцинациями, вначале элементарными, затем в форме монолога, диалога и множественных «голосов», которые обсуждают больного или адресуются к нему. Вербальные галлюцинации, как правило, носят угрожающий, издевательский, устрашающий характер. При наплыве галлюцинаторных расстройств появляется непродолжительная заторможенность — галлюцинаторный ступор или субступор. Бредовые идеи связаны по содержанию со слуховыми галлюцинациями, большей частью отрывочны и не систематизированы. В начале психоза галлюцинации вызывают удивление, недоуме-

ние или любопытство, при развившемся галлюцинозе доминирует аффект напряженной тревоги, страха. Больные возбуждены, спасаются бегством, могут совершать суицидальные попытки. Как правило, симптомы психоза усиливаются вечером и ночью.

Атипичный острый галлюциноз. В структуре такого галлюциноза возникают явления психического автоматизма, онейроидного помрачения сознания.

Хронический галлюциноз. Алкогольные галлюцинозы, в первую очередь атипичные, в особенности сочетающиеся с выраженным делирием, в дальнейшем могут принять затяжное и хроническое течение. Иногда клинические проявления хронического галлюциноза могут усложняться — присоединяются различные компоненты психического автоматизма, систематизируется бред. Вместе с тем у больных в определенной степени сохраняется сознание болезни, они доступны для контакта. Иногда хронический вербальный галлюциноз с течением времени начинает редуцироваться, снижается интенсивность расстройств, галлюцинации становятся элементарными, однако такое состояние носит устойчивый, длительный характер.

Алкогольный параноид развивается обычно быстро, в редких случаях после непродолжительных тревожных переживаний. Проявляется острым чувственным бредом преследования, физической опасности, сопровождается растерянностью, страхом или тревогой. Бред может сопровождаться и отдельными вербальными иллюзиями, возникающими в вечернее время. Длительность психотического состояния — от нескольких дней до нескольких недель.

Алкогольный бред ревности возникает, как правило, на фоне выраженных изменений личности, связанных с развитием алкоголизма. Чаще всего бредовой переоценке подвергаются события, произошедшие ранее. Бред ревности в некоторых случаях возникает после эпизодов алкогольного делирия. Поведение больного может представлять определенную опасность для окружающих.

Алкогольные энцефалопатии — группа психозов, сопровождаемых делириями, а также состояниями оглушения разной глубины, различными проявлениями психоорганического синдрома, сочетающимися с иногда преобладающими в состоянии больного соматическими и неврологическими расстройствами.

Энцефалопатии развиваются на фоне многодневного злоупотребления алкогольными напитками.

Энцефалопатия Гайе—Вернике. В начальном этапе заболевания отмечается делирий с отдельными статичными зрительными галлюцинациями и иллюзиями. Аффективные нарушения выражаются чаще всего тревогой. Двигательное возбуждение заключается в стереотипно повторяемых действиях, часто в пределах постели. Могут возникать кратковременные состояния обездвиженности с напряжением мышц. Больные выкрикивают отдельные слова или бормочут. Вербальный контакт с ними обычно затруднен либо невозможен. Динамика состояния больного включает последовательное усиление нарушений сознания от сомнолентности до (в тяжелых случаях) коматозного состояния. Психопатологическая симптоматика всегда сочетается с неврологическими и физиологическими нарушениями. Ухудшение психического состояния сопряжено с утяжелением соматического и неврологического статуса. Неврологические расстройства включают фибриллярные подергивания мускулатуры губ и других мышц лица, сложные гиперкинезы (дрожание, подергивание, хореиформные, атетоидные, миоклонические и баллистические движения), торсионный спазм. Мышечная гипертония может проявляется резкими приступами. Характерна так называемая оппозиционная гипертония — нарастание сопротивления при энергичных попытках изменить положение конечностей. Гипертония мышц нижних конечностей может сопровождаться гипотонией мышц верхних конечностей и наоборот. Постоянны симптомы орального автоматизма: хоботковый рефлекс, сосательные и чмокающие движения, выпячивание губ и хватательные рефлексы. Часто отмечается атаксия. Из глазных симптомов следует указать на нистагм, птоз, двоение, страбизм, сокращение полей зрения, неподвижный взгляд, а также зрачковые расстройства (миоз, анизокория, ослабление фотореакции, нарушения конвергенции). Постоянный глазной симптом — нистагм, чаще крупноразмашистый, горизонтальный, возможны гиперпатия, полиневриты. Соматические расстройства включают гипертермию, нарушения сердечного ритма (тахикардию, аритмию), а также значительные колебания артериального давления, учащение дыхания (до 30–40 в 1 мин.). Кожа и слизистые оболочки бледны, склеры субиктеричны. Печень может быть

болезненна при пальпации. Психоз длится до нескольких недель; исходом энцефалопатии Гайе—Вернике часто оказывается психоорганический синдром различной глубины и структуры, в том числе корсаковский психоз.

Митигированная форма. Отмечаются легкая сомнолентность днем и нетяжелая делириозная симптоматика ночью или подавленно-дисфорическое настроение и разнообразные ипохондрические жалобы. Соматоневрологические расстройства постоянны, но выражены незначительно.

Молниеносно текущая форма — с самого начала развиваются профессиональный или мусситирующий делирий и массивная соматоневрологическая симптоматика. Температура тела повышается до 40–41 °С. Через один или несколько дней развивается коматозное состояние.

Корсаковский психоз (алкогольный псевдопаралич, полиневритический психоз). Психические расстройства определяются амнезией, дезориентировкой и конфабуляциями. Амнезия (фиксационная) может достигнуть различной степени. Часто отмечается ретроградная амнезия, охватывающая периоды от нескольких дней до многих лет. Конфабуляции нередко возникают при расспросах больных, по своему содержанию это рассказы о фактах обыденной жизни или ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью. С фиксационной амнезией и конфабуляциями связана амнестическая дезориентация больных в месте, окружающих лицах и во времени. Отмечается астеноподобная симптоматика. Мимика и моторика замедлены. Вялость и апатия иногда сменяются периодами раздражения или тревожного беспокойства с ипохондрическими опасениями. Фон настроения может быть эйфоричным. Некоторое осознание болезни, в частности мнестических расстройств, отмечается у всех больных. К неврологическим симптомам при данном психозе относят невриты, сопровождаемые более или менее выраженными атрофиями мышц конечностей, нарушениями чувствительности, ослаблением или отсутствием (реже повышением) сухожильных рефлексов.

Алкогольная депрессия возникает в рамках абстинентного синдрома, в период смягчения или исчезновения соматических расстройств. Преобладает тревожное или дисфорическое настроение. Могут возникать идеи самоуничижения. К алкогольной

депрессии можно отнести и психогенно возникающие, особенно на фоне похмелья, депрессивные реакции. Продолжается от нескольких дней до 1–2 нед. Возможны суицидальные попытки.

Дипсомания — форма запойного пьянства. Запою предшествуют дисфорическое настроение, физическое недомогание, бессонница, потеря аппетита, головная боль. Несмотря на приемы значительного количества алкоголя, физические и психические симптомы опьянения могут быть выражены незначительно. Во время запоя может наблюдаться дромомания. Окончание запоя обычно внезапное, в некотрых случаях возникает отвращение к алкоголю. После запоя нередко отмечается повышение настроения со стремлением к деятельности.

Фармакотерапия:

- при острых психозах — дезинтоксикационная терапия (поливидон, натрия хлорид), галоперидол, левомепромазин, трифлуоперазин, хлорпромазин;
- при хронических психозах — галоперидол, трифлуоперазин;
- при энцефалопатии Гайе—Вернике — инфузионная терапия, тиамин, пиродоксин, аскорбиновая и никотиновая кислота;
- при корсаковском психозе — витаминотерапия (В, С, РР), пирацетам, никотиноил гамма-аминомасляная кислота.

Психотерапия, реабилитация.

F10.6 *Амнестический синдром, связанный с употреблением алкоголя*

Синдром характеризуется устойчивыми нарушениями краткосрочной памяти без поражения сенсорной сферы, возникающими после длительного периода злоупотребления алкогольными напитками при отсутствии взаимосвязи с соматическим или психическим расстройством.

Терапия аналогична лечению корсаковского психоза.

F10.7 *Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом, связанным с употреблением алкоголя*

Характеризуется возникновением психотической симптоматики после прекращения ПАВ (более 2 нед.); расстройство продолжается после окончания прямого действия алкоголя.

F10.8 *Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя другие*

Характеризуется наличием связи расстройства с приемом алкоголя, но не соответствует приведенным выше формам.

F10.9 *Связанные с приемом алкоголя неуточненные психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя*

Характеризуются признаками взаимосвязи расстройств с последствиями систематического употребления алкоголя.

Терапия форм F10.7–F10.9 аналогична F10.5.

Общая характеристика *наркоманий*:

- непреодолимое влечение к приему наркотиков;
- тенденция к повышению количества принимаемого вещества;
- психическая и физическая зависимость от наркотиков.

В настоящее время в связи с распространением употребления различных веществ, которые вызывают патологическое влечение и формируют зависимость (психическую и физическую), изменяют толерантность, а при прекращении приема вызывают абстинентный синдром и приводят при продолжении злоупотребления ими к характерным психическим и соматическим расстройствам с тенденцией к деградации личности, выделяют эти средства в отдельную категорию — группу ПАВ[1].

Психическая зависимость возникает в процессе привыкания к наркотику. Чаще всего наблюдается так называемая негативная привязанность: наркотик принимают для того, чтобы избавиться от напряжения и плохого самочувствия. Психологическая привязанность отмечается тогда, когда наркотик принимают для достижения эйфории. Физическая зависимость означает тягостные и мучительные ощущения, болезненное состояние при прекращении приема наркотика (синдром отмены наркотика).

[1] Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (в ред. постановлений Правительства РФ от 06.02.2004 № 51, от 17.11.2004 № 648, от 08.07.2006 № 421)».

В России в настоящее время принято различать наркомании и токсикомании. К наркотикам относят ПАВ, которые, во-первых, оказывают специфическое действие на центральную нервную систему (седативное, стимулирующее, галлюциногенное), что служит причиной их повторного немедицинского применения; во-вторых, немедицинское употребление которых приобретает масштабы, имеющие социальную значимость, и, в третьих, которые включены в специально регламентированный список наркотиков — признаны законом наркотическими веществами. Таким образом, термин «наркотическое средство» включает медицинский, социальный и юридический критерии. Отсутствие одного из этих критериев не дает основания считать то или иное ПАВ наркотическим средством, если даже вещество может стать предметом злоупотребления и вызвать развитие зависимости. Диагноз «наркомания» применим к злоупотреблению теми или иными ПАВ, которые официально признаны наркотическими. Это обусловило необходимость введения в терминологию наркологических заболеваний понятия «токсикомания». Токсикомания — это болезнь, связанная со злоупотреблением ПАВ, не отнесенным к наркотическим. С юридической точки зрения больные наркоманиями и токсикоманиями представляют разный контингент. С клинической, медицинской точки зрения подход к больным наркоманиями и токсикоманиями одинаков, принципы их лечения идентичны.

Диагноз «наркомания» и, соответственно, «токсикомания» устанавливается только в том случае, если есть клинические признаки болезни. Если болезнь еще не сформировалась, выявляется единичное или нерегулярное употребление наркотических или других психоактивных средств, речь идет о злоупотреблении без синдрома зависимости.

При формулировке диагноза необходимо указывать, каким наркотическим (или ненаркотическим) веществом злоупотребляет больной. Если последний переходит с употребления одного ПАВ на другое, диагноз должен измениться и фиксироваться по тому веществу, которое употреблялось последним. Если два и более наркотических средства употребляются одновременно или в определенной последовательности, причем к каждому из них сформировалась наркотическая зависимость, ставится диаг-

ноз «полинаркомания». В случаях, когда сформировалась зависимость к наркотическому средству и одновременно к веществу, не признанному наркотическим, т.е. не включенному в список наркотиков, следует диагностировать осложненную наркоманию.

F11 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением опиоидов

К опиоидам относят опий и опийные алкалоиды, героин, морфин, промедол и др. При регулярном употреблении опиатов достаточно быстро формируется состояние зависимости, а также значительно выраженные проявления синдрома отмены. Способы использования опиоидов — внутривенное, интерназальное введение, курение. Наиболее быстро наркомания формируется при использовании героина. Следует отметить последовательное увеличение толерантности больных к наркотикам, достигающее в отдельных случаях доз, значительно превышающих количество, которое способен перенести человек. Поведение наркомана подчинено одной цели: в начале заболевания — употреблению наркотика (достижению состояния эйфории), позже — преодолению проявлений абстиненции. Исчезает интерес к работе, семье, окружающей жизни. Доминируют эгоцентризм, асоциальность. Наблюдаются соматические нарушения — брадикардия, снижение артериального давления; вегетативные нарушения сопровождаются ознобом, запором, повышенной потливостью. Отмечаются телесные повреждения в связи с введением наркотиков: следы инъекций, инфильтраты в местах парентерального введения наркотика.

F11.0 *Острая интоксикация опиоидами*

Первая фаза первичной интоксикации развивается сразу после введения препарата, характеризуется вегетативной реакцией и отдельными эйфорическими переживаниями. Вторая фаза первичной интоксикации представлена собственным эйфорическим состоянием. Больные выглядят вялыми, малоподвижными. При передозировке опиатов отмечается снoподобное состояние, или возбуждение, сопровождающееся сухостью во рту, чувством жара, резкой слабостью, симптомами нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, развитием коматозного состояния. Кома, миоз, подавление дыхательного центра — признаки опиодной интоксикации.

Дополнительная диагностика:
- токсикологический анализ крови;
- токсикологический анализ мочи.

Принципы терапии:
- детоксикация электролитными, плазмозамещающими, детоксикационными растворами;
- применение аналептиков и психостимуляторов, ноотропов;
- витаминотерапия;
- экстракорпоральная детоксикация.

F11.1 *Неоднократное употребление опиоидов с вредными последствиями*

Характеризуется (при длительном приеме наркотических средств) развитием пневмонии, гепатита, гломерулонефрита и полиневрита, аффективных и личностных расстройств, ВИЧ-инфекцией, социальной дезадаптацией. Отмечаются астения, анергия, интеллектуально-мнестические расстройства, деградация личности.

Терапия: соматотропная терапия, «мягкие» нейролептики, антидепрессанты, ноотропы. Психотерапия, реабилитация, реадаптация.

F11.2 *Синдром зависимости от опиоидов*

Характеризуется непреодолимой потребностью в приеме опиоидов, что занимает в жизни больного ведущее место, несмотря на негативные последствия. Наблюдается заметное повышение толерантности к опиоидам. Отмечаются развитие абстинентного синдрома при прекращении употребления наркотиков и использование других веществ для их преодоления.

Терапия: отмена наркотика (литическое снижение), терапия абстинентного синдрома, применение нейролептиков и блокаторов опиоидных рецепторов (налтрексон) в постабстинентном периоде.

Физиотерапия, электротранквилизация, акупунктура.

Психотерапия, реабилитация.

F11.20 *Синдром зависимости от опиоидов*, *в настоящее время воздержание* (*ремиссия*)

Определение характеризует состояние больного, прекратившего прием ПАВ и после купирования явлений абстиненции воздерживающегося от употребления наркотика.

F11.3 *Абстинентное состояние (синдром отмены) опиоидов*

Возникает в течение 6–8 ч после прекращения приема наркотика. Начальные признаки включают тревогу, дисфорию, физическую слабость, слезотечение, насморк, ощущение «заложенности носа», слюнотечение, зуд в носу и носоглотке, повышенную перистальтику кишечника. Отмечаются тахикардия, мидриаз, снижение аппетита, нарушения сна. На высоте развития синдрома наблюдаются мучительные для больного алгические ощущения в различных частях тела, сопровождающиеся усилением тревоги, дисфорических переживаний, пониженным настроением, раздражительностью, непреодолимой тягой к наркотику, возможны ауто- и гетероагрессивные действия. Также наблюдаются субфебрильная температура тела, гипертензия, выраженные диспепсические расстройства.

Длительность абстинентного синдрома обычно достигает 10 сут, отдельные проявления нарушений могут сохраняться и дольше.

Фармакотерапия: клонидин, тиаприд, трамадол, анксиолитики, витаминотерапия, ноотропы.

F11.6 *Амнестический синдром, связанный с употреблением опиоидов*

При героиновой наркомании могут отмечаться нарушения непосредственной и опосредованной памяти. Эти нарушения могут редуцироваться при длительном воздержании от употребления наркотиков, но полного восстановления не наблюдается. При употреблении самодельных препаратов опия в некоторых случаях отмечаются расстройства памяти, а также аффективная лабильность, повышенное реагирование на окружающее.

F11.7 *Резидуальные и отсроченные расстройства, связанные с употреблением опиоидов*

При опиоидной наркомании изменения личности ярко выражены. Сужается круг интересов, у больного доминирует единственное стремление — добыча наркотика. Отмечаются эмоциональное огрубение, лживость, отсутствие чувства стыда. Больные становятся равнодушными к близким и к своему собственному благополучию. Их не волнуют потеря работы или семьи и соб-

ственного здоровья. Индивидуальные личностные характеристики сглаживаются, нивелируются.

F11.8 *Психическое расстройство, связанное с употреблением опиоидов другое*

Характеризуется наличием признаков наркомании, но не может быть включено в вышеприведенные рубрики.

F11.9 *Психическое расстройство, связанное с употреблением опиоидов неуточненное*

Генез состояния окончательно не уточнен.

Препараты, рекомендованные для терапии опиоидной зависимости: адеметионин, алпразолам, амитриптилин, галоперидол, гидроксизин, диазепам, карбамазепин, медазепам, мексидол[1], милдронат, гопантеновая кислота, пирацетам, пирлиндол, оланзапин, сульпирид, тиаприд, тиоридазин, тофизопам, флуоксетин, хлордиазепоксид, хлорпротиксен, циталопрам.

F12 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением каннабиноидов

Наркомания, формирующаяся при употреблении препаратов индийской конопли (каннабиса).

Обычный способ применения — курение, иногда ее жуют, добавляют в напитки. При однократном приеме (курение) каннабиоиды вызывают опьянение с приливом сил, особой легкостью в движениях, обостренным восприятием окружающего. Вслед за этим наступает сон, продолжающийся несколько часов. Выраженных психических и соматических изменений длительное время не отмечается. Возможен переход к более сильным наркотическим веществам.

F12.0 *Острая интоксикация каннабиноидом*

Картина интоксикации характеризуется вначале ощущениями «невесомости тела», легкости движения. Отмечаются особенная цветовая яркость окружающего мира, ускорение движения времени. Повышается настроение, весьма характерен частый смех, «все вокруг выглядит смешным и забавным». Интоксикация сопровождается вегетативными нарушениями: сухостью во рту, блеском глаз, гиперемией склер, расширением зрачков.

[1] Этилметилгидроскипиридин сукцинат.

Возможно развитие делириозных, делириозно-онейроидных эпизодов, состояния спутанности, острого параноида. По выходе из интоксикации возникают резкое чувство голода, физическая усталость, сонливость.

Принципы *терапии*:

- детоксикация электролитными, плазмозамещающими, дезинтоксикационными растворами;
- витаминотерапия;
- применение ноотропов;
- малые дозы анксиолитиков.

F12.1 *Неоднократное употребление каннабиноидов с вредными последствиями*

При многолетнем приеме наркотика отмечаются сужение круга интересов, пассивность, замкнутость больных, нарушения памяти. Характерны депрессивные состояния, приступы паники.

Возможны хронические бронхиты, повышен риск развития онкологических заболеваний дыхательных путей. Также отмечаются аменорея, бесплодие, импотенция, социальная дезадаптация.

Терапия соматотропная, симптоматическая.

F12.2 *Синдром зависимости от каннабиноидов*

Зависимость от каннабиноидов носит преимущественно психологический характер. Отмечается постепенное нарастание толерантности. Формирование физической зависимости возникает при длительном (более 2 лет) регулярном употреблении.

Терапия: купирование абстинентного синдрома, применение препартов, подавляющих влечение к наркотикам, — нейролептиков, антиконвульсантов.

F12.3 *Абстинентное состояние* (*синдром отмены*) *в связи с прекращением употребления каннабиноидов*

Абстинентное состояние формируется в течение 2–3 лет регулярного приема наркотика.

Перерыв в приеме препарата сопровождается расстройствами сна, повышенной возбудимостью, неприятными ощущениями в области сердца, отсутствием аппетита, потливостью, диареей.

Принципы *терапии*:

- дезинтоксикация;
- витаминотерапия;

- применение ноотропов;
- анксиолитики;
- гепатопротекторы.

F12.5 *Психическое расстройство, связанное с употреблением каннабиноидов*

В состоянии интоксикации возможны эпизоды с двигательным возбуждением, иллюзиями и галлюцинациями. Отмечаются симптомы гиперестезии, нарушается временное и пространственное чувство. Вероятны деперсонализационные и дереализационные явления, ощущение чуждости тела, нереальности и измененности всего окружающего. При длительном регулярном приеме наркотика могут возникнуть шизоморфные психотические состояния.

Терапия: нейролептики (трифлуоперазин).

F13 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением седативных или снотворных средств

Выделяют снотворные производные барбитуровой кислоты и снотворные небарбитурового ряда.

Вызывают привыкание производные барбитуровой кислоты: барбитал, барбитал-натрий, фенобарбитал, этаминал натрия, а также ноксирон, адалин, бромурал. Выделяют использование снотворных в связи с выраженными нарушениями сна и последующим использованием препаратов для седативного и эйфоризирующего эффектов и непосредственное использование для получения эйфории с самого начала.

К первой группе относятся больные с различными психическими нарушениями, применяющие преимущественно терапевтические дозы препаратов и постепенно увеличивающие общее количество вещества. Вторая группа — больные, стремящиеся получить эйфоризирующий эффект и использующие повышенные дозы препаратов (может использоваться внутривенное введение). Величина доз и методы введения препаратов сказываются на быстроте формирования зависимости. При длительном приеме барбитуратов чаще наблюдаются эйфория с расторможенностью, повышенная раздражительность, рассеянность, затруднение концентрации внимания, расстройства памяти, возможна также дисфория со злобностью и тревогой. Возникают неврологические

нарушения (гипомимия, смазанная речь, изменения почерка, тремор конечностей, тактическая походка, снижение сухожильных рефлексов). Длительное употребление препаратов (хроническая интоксикация) сопровождается постепенным нарастанием психопатических изменений. Появляются равнодушие к повседневным обязанностям, ипохондричность, несдержанность, раздражительность, колебания настроения, интересы концентрируются вокруг лечения. Больные проявляют чрезмерную обстоятельность во всем, что касается приема лекарств.

F13.0 *Острая интоксикация седативными или снотворными средствами*

При приеме значительных доз барбитуратов (передозировка) отмечаются снижение температуры тела, гиперсаливация, гиперемированность склер и кожи, повышенное потоотделение; кожа с сальным отливом. Наблюдаются латеральный нистагм, диплопия, дизартрия, нарушения координации движений, неустойчивость при ходьбе и стоянии, снижение сухожильных и брюшных рефлексов, расширение зрачков. Сон тяжелый, глубокий. Выражена гипотония мышц. Ночью засыпание часто затруднено. При пробуждении отмечаются вялость, слабость, разбитость.

Принципы *терапии*:

- ослабление действия препаратов — предотвращение дальнейшего всасывания препарата;
- предотвращение осложнений.

F13.1 *Неоднократное употребление седативных или снотворных средств с вредными последствиями*

В случаях длительной зависимости от барбитуратов при нарастающих расстройствах памяти, дизартрии, интеллектуальном снижении с эйфорией и отсутствием критики состояние больного приближается к псевдопаралитическому.

F13.2 *Синдром зависимости от седативных или снотворных средств*

Как правило, в течение 6 мес. формируется физическая зависимость, характеризующаяся возникновением абстинентного синдрома. Меняется характер опьянения, аффект становится крайне агрессивным, злобным, усиливаются нарушения сна. Часто наблюдается неконтролируемый прием барбитуратов, сопровождающийся расстройством сознания и амнезией.

F13.3 *Абстинентное состояние (синдром отмены) вследствие прекращения приема седативных или снотворных средств*

Абстинентный синдром возникает в течение первых 24 ч после отмены препарата. Характеризуется изменением настроения — появляется тревожно-тоскливый аффект, присоединяется раздражительность, нарушается сон. Впоследствии наблюдаются суицидальные высказывания, развивается дисфория, сменяющаяся выраженной астенией. Возможны колебания артериального давления, судорожные припадки, коллаптоидные состояния, алгии в различных частях тела, тошнота, рвота.

F13.4 *Абстинентное состояние (синдром отмены) в связи с прекращением употребления седативных или снотворных средств с делирием*

Делирий характеризуется выраженностью тревоги, злобности и агрессивности аффекта, вербальными галлюцинациями.

F13.5 *Психическое расстройство, связанное с употреблением седативных или снотворных средств*

Могут наблюдаться вербальные галлюцинозы, как правило, на высоте развития абстинентного синдрома. Редко возникают шизофреноформные галлюцинаторно-бредовые психозы.

F13.6 *Амнестический синдром, связанный с употреблением седативных или снотворных средств*

При длительном употреблении барбитуратов отмечается нарастающее расстройство памяти.

Особенности токсикомании при злоупотреблении транквилизаторами

К транквилизаторам относят препараты, обладающие противотревожным (анксиолитическим) действием. Наиболее распространена зависимость от бензодиазепиновых транквилизаторов.

Формирование бензодиазепиновой токсикомании требует довольно длительного времени (по сравнению с барбитуровой).

Состояние интоксикации характеризуется нарушениями координации, снижением мышечного тонуса (особенно нижних конечностей), дизартрией, мидриазом, возможны персеверации. При передозировке препаратами бензодиазепинового ряда могут развиться сопор, иногда кома. Опасность для жизни представляют сердечно-сосудистые и дыхательные нарушения, расстройство функции почек.

Проявления абстинентного синдрома после отмены бензодиазепинов включают аффективные нарушения — усиление тревоги, раздражительность, подавленное настроение, расстройства сна, а также соматические расстройства: гипергидроз, тахикардию, гипотензию. Возможны тошнота, рвота, головная боль, мелкоразмашистый тремор пальцев рук.

На высоте абстинентного синдрома возможны судорожные припадки, а также делириозные состояния. При длительном приеме транквилизаторов отмечаются интеллектуально-мнестические нарушения, эгоцентрация личности, устойчивая астеноподобная симптоматика.

Препараты, рекомендованные для *терапии* зависимости от седативных или снотворных средств: адеметионин, амитриптилин, галоперидол, зуклопентиксол, кломипрамин, пирацетам, пирлиндол, сульпирид, тиоридазин, флуоксетин, циталопрам.

F14 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением кокаина

Кокаин — алкалоид, оказывающий выраженное влияние на центральную нервную систему. Кокаин употребляют интраназально, внутривенно, иногда курят.

F14.0 *Острая интоксикация кокаином*

При интоксикации в начале отмечаются подъем настроения, расторможенность, многоречивость, импульсивность, гиперактивность. Возможно присоединение тревоги, раздражительность. Кроме того, характерны гипосаливация, мидриаз, головные боли, учащение позывов к мочеиспусканию, гипергидроз, тахикардия и аритмия, гипертензия, повышение температуры тела, бессонница, анорексия, диспепсия. Вероятны судорожные припадки.

По завершении интоксикации наблюдается так называемая посткокаиновая дисфорическая депрессия — выраженное депрессивное состояние с негативным аффектом, раздражительностью, астенизацией.

F14.1 *Неоднократное употребление кокаина с вредными последствиями*

Характеризуется выраженными личностными расстройствами — эгоцентрацией, асоциальными установками. В некоторых

случаях отмечаются резидуальные идеи ревности и преследования, иллюзии и устрашающие зрительные галлюцинации.

F14.2 *Синдром зависимости от кокаина*

Психическая зависимость имеет психопатологическую основу в виде стойкой депрессии, которая может быть дисфорической, адинамической, ангедонической.

F14.20 *Синдром зависимости от кокаина, в настоящее время воздержание* (*ремиссия*)

Эпизоды влечения могут возникать даже спустя годы после последнего употребления кокаина. Они могут быть ситуационно обусловленными или же спровоцированными употреблением других стимуляторов и алкоголя.

F14.3 *Абстинентное состояние* (*синдром отмены*) *в связи с прекращением употребления кокаина*

В основном характеризуется депрессивно-дисфорическими расстройствами в сочетании с умеренными вегетативными проявлениями. Резко выражено влечение к наркотику. Могут наблюдаться отдельные идеи отношения и преследования, суицидальные мысли. Длительность состояния колеблется от нескольких дней до нескольких недель. Вслед за этим периодом, как правило, отмечается период стойкой дисфорической депрессии.

F14.5 *Психическое расстройство, связанное с употреблением кокаина*

При употреблении высоких доз кокаина могут развиться психотические расстройства — аффективные расстройства, иллюзии, эпизодические слуховые, зрительные и тактильные галлюцинации. Встречаются психозы — кокаиновый делирий, кокаиновый параноид. Кокаиновый психоз обычно носит транзиторный характер и исчезает по окончании эпизода, часто вслед за ночным сном. Иногда могут наблюдаться психотические состояния, длящиеся несколько дней и более. Затяжные кокаиновые параноиды следует дифференцировать от эндогенного психического заболевания, спровоцированного употреблением кокаина.

Принципы *терапии* форм F14:

- детоксикация;
- применение анксиолитиков, седативных препаратов;
- коррекция соматического состояния.

F15 Психические расстройства и расстройства поведения, вязанные с употреблением стимуляторов

Психостимуляторы – препараты, обладающие возбуждающим действием на центральную нервную систему. К группе психостимуляторов, вызывающих зависимость, относятся амфетамин, кустарные препараты эфедрина и эфедринсодержащих смесей, кофеин.

F15.0 *Острая интоксикация стимуляторами*

Острая интоксикация амфетамином вызывает повышение настроения, ощущение физической бодрости и ясности мышления, стремление к деятельности, иногда болтливость и излишнюю суетливость.

На высоте интоксикации может развиться острый бред с идеями отношения и преследования. Психотические эпизоды могут сопровождаться состояниями с изменением течения времени и деперсонализацией.

Острая интоксикация характеризуется мидриазом, снижением интенсивности фотореакции зрачков, мышечными подергиваниями. Отмечается тахикардия, иногда экстрасистолия, гипертония, гипосаливация. В постинтоксикационном периоде типичны угнетенное настроение, дисфория, вялость, разбитость, головная боль, тревога и стремление к повторному приему наркотика.

Эфедрон принимают внутрь или вводят внутривенно. При острой интоксикации эфедроном наблюдаются психосенсорные расстройства: чувство необычной легкости тела, неудержимая болтливость. Состояние сопровождается гипосаливацией, тахикардией, нарушается сон, снижается аппетит, возможны дизурические расстройства.

При внутривенном введении эфедрона отмечается определенная фазность состояния интоксикации:

- ощущение поднимающейся расслабляющей волны, при этом наблюдаются деперсонализационные расстройства, которые могут сопровождаться гипертимией;
- двигательное и речевое возбуждение, стремление к повышенной деятельности

При интоксикации эфедроном наблюдаются оглушение, алгии в области сердца, эпигастральной области, гипертермия, тахикардия, повышение артериального давления.

Первитин вводят внутривенно. Состояние интоксикации носит фазный характер, аналогичный интоксикации при парентеральном введении эфедрона.

При введении первитина в первой фазе интоксикации выражены в значительно большей степени следующие нарушения:

- возникает ощущение нескольких волн, появляется ощущение потери своего физического «Я», повышается настроение, наблюдается «чувство восторга», деперсонализационные расстройства;
- отмечается наплыв мыслей, множество ассоциаций, больные крайне болтливы, многословно рассуждают о «мировых проблемах».

Возможны бредоподобные состояния с идеями могущества, собственной значимости.

При острой интоксикации психостимуляторами кустарного производства наблюдаются акрогипергидроз, тошнота, иногда рвота, задержка мочи, отсутствие аппетита, бледность кожных покровов, сухость слизистых оболочек, тахикардия (в некоторых случаях синусовая аритмия), экстрасистолия, гипертермические реакции, возможен мидриаз, ослабление фотореакции зрачков на свет, недостаточность конвергенции, горизонтальный мелкоразмашистый нистагм, диффузная мышечная гипотония, снижение или отсутствие сухожильных и периостальных рефлексов. Также отмечаются статическая атаксия, промахивание и элементы гиперметрии при выполнении координаторных проб, интенционный тремор.

F15.1 *Неоднократное употребление стимуляторов с вредными последствиями*

Хроническая интоксикация амфетамином приводит к общему истощению, резкому снижению массы тела, вегетососудистым нарушениям, а также к патологическому развитию личности.

Больные, злоупотребляющие эфедроном и первитином, обычно истощены, в местах инъекций — резко пигментированные «дорожки» по ходу вен с розовато-фиолетовым оттенком.

У больных, злоупотребляющих самодельными психостимуляторами, быстро развиваются изменения личности, которые проявляются психопатоподобными расстройствами, падением трудоспособности. Постепенно нарастает интеллектуально-мнестические снижение.

F15.2 *Синдром зависимости от стимуляторов*

Зависимость от стимуляторов (как психическая, так и физическая) формируется достаточно быстро.

F15.3 *Абстинентное состояние* (*синдром отмены*) *стимуляторов*

При амфетаминовой наркомании синдром отмены характеризуется физической слабостью, ощущением разбитости, повышенной сонливостью днем и бессонницей ночью, выраженными колебаниями артериального давления. Часто наблюдаются астенические и астенодепрессивные состояния, возможны раздражительность, злобность, истерические реакции со склонностью к аутоагрессии. Абстинентное состояние при эфедроновой и первитиновой наркоманиях относительно похожи и характеризуется: при циклическом приеме наркотиков — нарушениями сна, аффективными расстройствами и астеническими явлениями. Снижается настроение, возникает чувство физического и психического дискомфорта, отмечаются сонливость днем и ночью, слабость, снижается артериальное давление, возможны ортостатические коллапсы. У больных замедляется темп мышления, им трудно отвечать на вопросы. Аффективные нарушения в большей степени выражены при первитиновой наркомании, могут сопровождаться тоской, суицидальными мыслями. Возможны суицидальные попытки.

При непрерывном варианте течения наркомании, к вышеописанным нарушениям присоединяются алгические расстройства в виде болей в позвоночнике, крупных суставах (чаще в коленных и голеностопных), а также вегетативные нарушения (насморк, заложенность носа, слезотечение, головная боль, головокружение). По прекращении острых абстинентных расстройств на первый план выступают аффективные нарушения в виде апатической депрессии или дисфории. Выражены и расстройства сна.

F15.5 *Психическое расстройство*, *связанное с употреблением стимуляторов*

Чаще всего развиваются в форме острого параноида, в структуре которого наблюдается бред преследования, особого значения, вербальные и зрительные галлюцинации. Эти расстройства возникают после многодневного употребления наркотика, сопровождающегося бессонницей, когда дозы употребляемых нарко-

тиков доходят до максимально переносимых. Появляются страх, тревога, формируются идеи отношения, преследования. В редких случаях наблюдаются психотические расстройства, напоминающие маниакально-бредовые состояния.

Особенности кофеиновой токсикомании. Воздействие кофеина характеризуется повышенной активностью, приливом сил, бодрости, ярким восприятием окружающего, ускоренным течением мыслей и ассоциаций. Субъективно отмечаются активация умственных способностей и улучшение памяти. Объективно происходит увеличение диуреза, усиливается перистальтика желудка и секреция желудочного сока, учащается число сердечных сокращений, повышается артериальное давление. При использовании доз кофеина от 240 до 720 мг наблюдаются признаки кофеиновой интоксикации: тревога, беспокойство, достигающее иногда степени выраженного возбуждения, панические атаки, депрессия, бессонница. Употребление больших доз кофеина усиливает тревогу и беспокойство у больных депрессией. При злоупотреблении концентрированным раствором (кустарного производства) могут наблюдаться судорожные припадки, спутанность сознания.

Абстинентный синдром после хронического употребления кофеина характеризуется прежде всего интенсивной головной болью, мышечным напряжением, сильной раздражительностью, тревогой, подавленным настроением. Типичны чувство беспокойства в ногах, руках, тремор, сонливость.

Среди медицинских последствий злоупотребления кофеином следует отметить гипертонию, сердечную аритмию, тахикардию. Повышается риск развития инфаркта миокарда.

Принципы *терапии* форм F15:

- купирование интоксикации;
- устранение абстинентного состояния;
- профилактика рецидивов.

Психотерапия, реабилитация.

F16 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением галлюциногенов

К галлюциногенам относят ПАВ, способные вызывать галлюцинации и другие психические расстройства. Другое их название — психоделические и психотомиметические вещества.

К галлюциногенам относят:

- триптоминовые вещества: псилоцин, псилоцибин, деметилтриптамин (ДМТ);
- диэтиламид лизергиновой кислоты (ДЛК)[1];
- амфетаминоподобные вещества: мескалин, 3,4-метлендиоксиметамфетамин (МДМА);
- холиноблокаторы: атропин, скополамин, циклодол (паркопан, артран), мускарин;
- диссоциативные анестетики — фенциклидин, кетамин, калипсол;
- β-карболины — гармин, гармалин.

С наркотической целью употребляются сравнительно немногие. Привыкание, как правило, возникает к одному из производных лизергиновой кислоты — диэтиламиду лизергиновой кислоты (ДЛК).

При приеме ДЛК оказывает эйфоризирующее действие, способствует уменьшению внутренней напряженности, тревоги и повышению фона настроения. Сравнительно быстро формируется токсикомания, а также острые и затяжные психозы. Наблюдающиеся психические нарушения при приеме ДЛК разнообразны: депрессивные, тревожно-депрессивные и маниакальные состояния, делириозные и онирические расстройства, явления деперсонализации, измененности внешнего мира, галлюцинаторные и галлюцинаторно-параноидные психозы.

F16.0 *Острая интоксикация галлюциногенами*

Все галлюциногены оказывают выраженное симпатомиметическое действие, проявляющееся тремором, тахикардией, гипертензией, потливостью, нечеткостью зрения и мидриазом.

Картина интоксикации псилоцибином и мескалином характеризуется яркими цветными, калейдоскопическими зрительными галлюцинациями в сочетании с дереализацией и деперсонализацией, с «возможностью наблюдать самого себя со стороны», расстройствами схемы тела. При этом сознание может сохраняться и галлюцинаторные переживания остаются в памяти.

При интоксикации ДЛК наблюдаются множественные зрительные галлюцинации, деперсонализация, дереализация, расстройство схемы тела, аффективные колебания.

[1] В литературе часто используется аббревиатура ЛСД (LSD).

При глубокой интоксикации возможны галлюцинаторно-параноидные или маниакально-параноидные состояния.

При интоксикации фенциклидином отмечаются выраженные тревожные переживания, острые психотические состояния с помрачением сознания, галлюцинациями (как зрительными, так и слуховыми), бредом, деперсонализацией, расстройством схемы тела.

При интоксикации кетамином наблюдаются повышение настроения, дереализация, деперсонализация, зрительные галлюцинации, возможно помрачение сознания по типу онейроида.

F16.2 *Синдром зависимости от галлюциногенов*

Зависимость от галлюциногенов носит преимущественно психический характер.

F16.7 *Резидуальные и отсроченные расстройства, связанные с употреблением галлюциногенов*

Для злоупотребляющих галлюциногенами характерны рецидивы психических расстройств через некоторое время после прекращения употребления препаратов. В одних случаях могут возникать расстройства в виде галлюцинаторного параноида или галлюцинаторной депрессии, в других — в виде элементарных зрительных галлюцинаций или иллюзий.

Особенности злоупотребления холинолитиками. Чаще всего наблюдается злоупотребление препаратом циклодол. Для диагноза циклодоловой зависимости необходимы указания на систематический прием циклодола в дозах, превышающих терапевтические в 3 раза и более.

Злоупотребление циклодолом втречается преимущественно у подростков. В клинической картине острой интоксикации циклодолом выделяют фазы: эйфорическую, суженного сознания, галлюцинаторную и фазу выхода (Иванов В.И., 1978; Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х., 1987). В состоянии больного последовательно (иногда непоследовательно) сменяются стадии эйфорических переживаний, вслед за которыми наступает оглушенность со зрительными галлюцинациями фантастического характера.

Наблюдаются сухость кожных покровов, слизистых оболочек, характерная «мутность» глаз, мидриаз, нистагм в крайних отведениях взора, нарушение координации движений, тахикардия.

В случаях интоксикации циклодолом развивается психоз, чаще всего — делирий. Наблюдаются нарушения сознания, зрительные галлюцинации зооморфного характера, бред отношения, преследования, психомоторное возбуждение.

F17 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением табака

Табакокурение — один из наиболее распространенных видов токсикомании. Среди различных ингредиентов, содержащихся в листьях табака, наиболее токсичен алкалоид никотин. Психическое привыкание к никотину проявляется влечением к курению с ослаблением контроля за количеством употребляемого табака. Число выкуриваемых сигарет или папирос, необходимых для поддержания ощущения комфорта, постепенно увеличивается.

На поздних этапах никотиновой токсикомании на первый план выступает астеноневротическая симптоматика — вялость, головная боль, раздражительность, снижение работоспособности. Обнаруживаются также связанные с курением выраженные изменения внутренних органов (чаще всего поражаются сердечно-сосудистая система, органы дыхания, желудочно-кишечный тракт).

Фармакотерапия: антиоксикапс с цинком, никоретте, табекс.

Психотерапия, реабилитация.

F18 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением летучих растворителей

Характеризуются систематическими ингаляциями паров ацетона, бензола, бензина, амилового эфира, трихлорэтилена, различных типов клея и т.п. Наблюдается преимущественно у подростков.

F18.0 *Острая интоксикация летучими растворителями*

Интоксикация характеризуется симптоматикой оглушения (в начале), диплопией, мидриазом, дизартрией. Присоединяются колебания настроения, психосенсорные расстройства, отмечается симптом «эхо» — услышанные слова и звуки многократно воспроизводятся в сознании больного. При глубокой интоксикации развивается делирий.

При продолжительных ингаляциях у больных со сформированной токсикоманией может наблюдаться онейроидный вариант опьянения.

В случае интоксикации ингалянтами развивается сопорозное и коматозное состояния.

F18.1 *Неоднократное употребление летучих растворителей с вредными последствиями*

Хроническая интоксикация летучими растворителями ведет к изменению личности, появлению агрессивности, равнодушию к близким, повышенной раздражительности. Развиваются психопатоподобное поведение и интеллектуальное снижение.

Быстро нарастают признаки психоорганического синдрома, в последующем, как правило, определяются мнестико-интеллектуальные расстройства.

Возможны полиневропатии, соматические расстройства.

F18.2 *Синдром зависимости от летучих растворителей*

Отмечается умеренно выраженная психическая и реже физическая зависимость.

Принципы *терапии* форм F18:

- купирование острой интоксикации;
- применение препаратов, подавляющих влечение к ПАВ;
- применение нейролептиков, антидепрессантов, антиконвульсантов и ноотропов.

Психотерапия, реабилитация.

F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с сочетанным употреблением наркотических и иных психоактивных средств

Достаточно часто встречается у наркоманов, больных алкоголизмом. Наблюдается переход от одного вида препаратов к другому с использованием «коктейлей» в целях усиления наркотического воздействия, а в последующем — для преодоления синдрома отмены. При полинаркомании к каждому из наркотических средств формируется зависимость.

Наиболее часто встречаются опийно-барбитуровая, кодеин-ноксироновая, опийно-эфедроновая полинаркомании, а также сочетания злоупотребления опиатами и димедролом, циклодолом, транквилизаторами, алкоголем, одновременное злоупотребление седативными и снотворными средствами и алкоголем.

Когда больной наркоманией одновременно употребляет спиртные напитки, ставится диагноз наркомании, осложненной алкоголизмом.

Как правило, первым наркотиком является каннабиноид, который больные заменяют со временем другими, более сильными наркотиками.

Терапия сидрома зависмости от ПАВ включает:

- преодоление синдрома отмены;
- терапию патологической зависимости;
- ресоциализацию больного.

Этиология и патогенез наркологических заболеваний. Результаты исследований последнего времени подтверждают наиболее распространенную концепцию этиологии алкоголизма и других болезней, связанных с употреблением ПАВ. Согласно данной концепции алкоголизм рассматривается как мультифакторное заболевание, в возникновении которого задействованы генетические, психологические, физиологические и социальные факторы, которые не только определяют мотивацию отношения к алкоголю, но и влияют на прогредиентность заболевания. В настоящее время существуют различные теории патогенеза заболеваний, связанных с употреблением ПАВ, — биологические, психологические, социальные и культуральные. Наибольшее распространение и признание получили биологические теории, объединяющие в себе генетические, биохимические и физиологические концепции. Исходя из биохимической теории, доминирующее значение придается влиянию ПАВ на деятельность нейрохимических систем головного мозга — дофаминовую, серотониновую и т.д.

По данным концепции И.П. Анохиной (1995), синдром зависимости от алкоголя и других ПАВ обусловлен специфическими нарушениями функций дофаминовой нейромедиаторной системы, нарастающими при повторных и регулярных приемах алкоголя. Из этой концепции следует, что индивидуальная предрасположенность к алкоголю генетически детерминирована, проявляется особенностями функций так называемой системы подкрепления срединного мозга, различной организацией нормальной деятельности катехоламиновой системы и ее контролем со стороны генетического аппарата. ПАВ вызывают усиленный выброс нейромедиаторов из депо; накопление большого количества медиатора в синаптической щели обусловливает возбуждение системы подкрепления мозга, что приводит к эйфории. Каждый последующий прием ПАВ приводит ко все новому

высвобождению медиатора и истощению его запасов, недостаточности соответствующих функций и ухудшению самочувствия больных. Стремление изменить плохое самочувствие провоцирует потребность в новом приеме ПАВ (психологическая зависимость). Дополнительное высвобождение нейромедиатора под влиянием ПАВ еще больше истощает его запасы в депо: создается порочный круг. В последующем выделение нейромедиатора под влиянием ПАВ обеспечивается в результате напряжения компенсаторных механизмов, определяющих развитие физической зависимости от ПАВ.

Психологические теории ведущее значение придают индивидуальным психологическим особенностям личности. Социокультуральные гипотезы отводят главную роль в формировании зависимости от ПАВ культуральным традициям религиозных и социальных групп.

5.3. F20–F29. ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

F20 Шизофрения

Шизофрения — психическое заболевание неустановленной этиологии, как правило, хронического течения, проявляющееся типичными изменениями личности больного и различными по степени выраженности другими психическими расстройствами, приводящими часто к стойким нарушениям социальной адаптации и трудоспособности.

Основными симптомами заболевания являются: потеря больными социальных контактов, замкнутость, обеднение эмоциональных реакций, потеря интереса к окружающему и побуждений к деятельности; нарушения мышления: остановка мыслей, «эхо-мысли», параллельные мысли и т.д. Эти расстройства называются негативными. Они определяют характерный тип изменения личности больного, получивший название изменения личности шизофренического типа, имеющий большое диагностическое значение. Другие психические расстройства, в том числе и психотические, встречаются и при других психических заболеваниях, хотя и выделяется ряд психотических синдромов, типичных для шизофрении.

F20.0 *Параноидная шизофрения*

Галлюцинаторный вариант — клинически проявляется последовательной сменой вербальных иллюзий, сочетающейся с бредовой интерпретацией чужой речи, элементарными, а затем вербальными галлюцинациями, чаще в виде галлюцинаторного монолога или диалога. Формирование синдрома Кандинского—Клерамбо происходит либо постепенно, либо сопровождается обострением состояния с появлением страха, тревоги, возбуждения, растерянности. Возникают «чувство открытости» (больной убежден, что его мысли известны окружающим) и отдельные идеаторные автоматизмы. Ведущее место занимает вербальный псевдогаллюциноз. Отмечаются значительные изменения личности — отчетливый эмоциональный дефект, утрата социальных связей, нарастающие нарушения мышления, разорванность речи. Изменения личности и дезорганизация поведения достигают уровня психического дефекта, больные нуждаются в постоянном наблюдении. Особенно злокачественное течение отмечается при сравнительно раннем начале болезни.

Бредовой вариант — преобладают бредовые расстройства. Клиническая картина болезни характеризуется стойким систематизированным прогрессирующим бредом преследования и физического воздействия. Псевдогаллюцинации и явления психического автоматизма менее выражены. Бред, будучи преобладающим симптомом, носит преимущественно интерпретативный характер. Изменения личности в этот период достигают значительной выраженности. Нарушены речь и мышление. Отмечается неадекватность мимики, парадоксальность эмоциональных реакций, дезорганизуются социальные связи. Поведение больного определяется бредовыми переживаниями, профессиональная деятельность становится невозможной.

F20.1 *Гебефреническая шизофрения*

Возникает, как правило, в детском и юношеском возрасте (злокачественная юношеская шизофрения). К неблагоприятным признакам заболевания относятся появление негативных симптомов в самом начале болезни, они предшествуют продуктивной симптоматике — бреду, галлюцинациям и др.

Продуктивная симптоматика полиморфна и неразвернута; существует значительная терапевтическая резистентность, быстро формируется состояние психического дефекта.

F20.2 *Кататоническая шизофрения*

Проявляется кататоническим возбуждением или ступором. Включает симптоматику каталепсии, негативизма. Возможны нарушения сознания онейроидного характера. Наличие кататонической симптоматики свидетельствует о неблагоприятном течении заболевания. Возможно развитие гипертоксической (фебрильной) кататонии — гипертоксической формы шизофрении, характеризующейся лихорадочным синдромом, выключением сознания и развитием ургентного состояния.

Гипертоксический приступ развивается в определенной последовательности: острый чувственный бред, острый фантастический бред, онейроидно-кататоническое возбуждение и ступор, аментивноподобное и гиперкинетическое возбуждение. Этап острого фантастического бреда длится около 1–2 сут, а бредовые переживания обычно фрагментарны. Иногда острый чувственный бред непосредственно переходит в кататонический ступор. Наблюдается изменение структуры приступа — кататонические расстройства (возбуждение и ступор) сменяются аментивноподобными, возбуждение ограничивается пределами постели. Больные находятся в непрерывном беспокойстве, хаотическом, беспорядочном движении. Речь бессвязная, состоит из отдельных слов и слогов, отмечаются эхолалия и персеверации. Аментивноподобное возбуждение прерывается состояниями глубокого истощения. В дальнейшем интенсивность психомоторного возбуждения уменьшается, а гиперкинезы приобретают характер хореоподобных.

При гипертоксических приступах уже на ранних этапах характерен внешний вид больного. Лицо гиперемировано, отмечается усиление блеска глаз, слюноотделение и потоотделение повышены, выявляется розовый дермографизм. Температура тела несколько снижена, конечности на ощупь холодные, аппетит понижен, но жажда усилена. Пульс чаще лабильный, тахикардия. При проведении ЭКГ регистрируются укорочение интервала $P–Q$, снижение интервала $S–T$ ниже изолинии и расширение зубца T. Отмечаются полиурия, склонность к отекам. Уровень глюкозы в крови повышен. В анализе крови наблюдаются тенденция к сдвигу в сторону лимфопении, повышение количества лейкоцитов, эозинофилия, увеличение СОЭ.

F20.3 *Недифференцированная шизофрения*

Клиническая картина полиморфна, можно выделить синдромы аффективные (депрессивный, маниакальный) и острые бредовые (параноидный, парафренный), а также синдром помрачения сознания (онейроидный). Во время приступов возможно преобладание одного синдрома, но значительно чаще отмечается синдромальная полиморфность.

В инициальном периоде настроение неустойчивое — то приподнято, с повышенной гиперактивностью, то пониженное с вялостью, рассеянностью, чувством собственной неполноценности. Из-за чрезмерной чувствительности даже незначительные конфликты приобретают сверхценное звучание. Колебания аффекта беспорядочны. Отмечаются головная боль, неприятные ощущения в области сердца, парестезии, расстройства сна. При депрессии наблюдаются анорексия, тошнота, запоры, бессонница. В одних случаях страхи остаются неопределенными, беспредметными, в других отмечается острый параноид с растерянностью, фрагментарным чувственным бредом преследования и бредовым поведением. При дальнейшем развитии состояния появляются ложные узнавания, бред инсценировки (интерметаморфоза), отдельные идеаторные автоматизмы.

Спустя какое-то время развивается иллюзорно-фантастическая дереализация и деперсонализация, больной находится в фантастическом мире и т.д. Нарастает онейроидный синдром с грезоподобным фантастическим бредом, отрешенностью, кататоническими расстройствами.

F20.4 *Постшизофреническая депрессия*

Характеризуется выраженным депрессивным синдромом, возникающим в постпсихотическом периоде у больного. Наряду с аффективными расстройствами возможны отдельные шизофренические симптомы.

F20.5 *Остаточная шизофрения*

Характеризуется преимущественно постепенно формирующимися негативными симптомами, психомоторной заторможенностью, эмоциональным уплощением, низкой активностью, пассивностью, малосодержательностью речи, отсутствием социальной адаптивной деятельности.

F20.6 *Простая шизофрения*

В клинической картине доминирует негативная симптоматика — эмоционально-волевое снижение, неадекватность поведения, нарушение мышления, пассивность, амимичность. Отмечается обеднение речи. Формируются устойчивый психический дефект, социальная дезадаптация больного.

F20.8 *Другой тип шизофрении*

Характеризуется ипохондрическими и сенестопатическими расстройствами — преобладают сверхценные идеи в отношении своего здоровья, сенестопатии. Аффективные расстройства однообразные, монотонны, типа постоянной дисфорической окраски настроения. Часто возникают отдельные идеи отношения, однако, как правило, они не переходят в систематизированный бред.

У детей ведущее место занимают моторные расстройства, страхи, навязчивости. Галлюцинации бывают преимущественно зрительные. Довольно часто обнаруживаются бредоподобные фантазии. Аффективные расстройства обычно атипичны — депрессивые состояния выражаются больше в заторможенности, недовольстве, капризах. Гипоманиакальные состояния обычно проявляются суетливостью, расторможенностью.

F21 Шизотипическое расстройство

Характеризуется медленным течением и постепенным нарастанием изменений личности, не достигающих эмоционального дефекта. Начальные симптомы — заострение пубертатных черт психики с усилением эмоциональной неустойчивости, раздражительности, оппозиционного отношения к близким. Появляются стойкие неврозоподобные нарушения — астеноподобные, астеноипохондрические, навязчивые, истероподобные.

Возможны монофобии, реже с начала заболевания встречаются полиморфные навязчивости. Расширение синдрома навязчивости происходит за счет присоединения стереотипных моторных и идеаторных ритуалов. Обострения сопровождаются резким усилением навязчивых явлений, подавленностью, тревогой, отдельными идеями отношения.

Шизофрения с деперсонализационными расстройствами характеризуется деперсонализационным синдромом, иногда с отдельными дереализационными проявлениями. Пациенты отме-

чают изменение своего психического «Я», а также измененность чувств, мыслей, утрату произвольности психических процессов. Эти состояния сопровождаются подавленным настроением. Изменения личности выражены, однако сознание болезни не только сохраняется, но и становится сверхценным.

Шизофрения с истероподобными проявлениями — нарушения монотонны, лишены динамичности, аффективные реакции бедны. В отличие от собственно истерии отсутствует яркость эмоциональных переживаний. Параллельно с истериодными чертами отмечаются аутизация личности, отчуждение, снижение психической продуктивности, отрывочные идеи отношения.

Принципы *терапии* форм F20–F21:

- купирующая терапия;
- стабилизирующая терапия;
- коррекция негативной симптоматики и восстановление социально-трудовой адаптации;
- профилактическая поддерживающая терапия.

Фармакотерапия: см. Приложение 1.

Из биологических методов лечения шизофрении применяется (редко) электросудорожная терапия при резистентных депрессивных расстройствах.

F22 Хронические бредовые расстройства

F22.0 *Бредовые расстройства*

К этой группе психических расстройств относятся психотические расстройства, клиника которых в основном представлена различными бредовыми психопатологическими проявлениями, отличающимися длительным течением.

Паранойя — стойкий бред с отсутствием явной динамики; систематизирован, монотематичен. Фабулы бреда преимущественно — преследования, ревности, любовного очарования, ипохондрии, а также дисморфомании и т.п. О своих жалобах, тревогах и опасениях больные сообщают в фрагментарных, лаконичных высказываниях. В то же время при расспросе пациентов о характере их бредовых переживаний отмечается оживление, усиливаются эмоциональные проявления. У больных, как правило, обнаруживаются изменения личности — сужение круга интересов, повышенная тревожность и подозрительность.

F22.81 *Инволюционный параноид*

Инволюционный параноид возникает чаще у лиц с чертами паранойяльности и ригидности. Течение психоза затяжное или волнообразное. Клиническая картина параноида характеризуется бредом преследования, вредительства, отравления, ущерба, обнищания, сутяжничества. Бред направлен обычно против родных и близких больного. Преследования трактуются больным как стремление окружающих причинить им вред или ущерб. Отмечаются отдельные вербальные иллюзии, реже вербальные галлюцинации. При бреде отравления больные любые запахи, собственные соматические ощущения трактуют как «вредительство» окружающих. Настроение может быть тревожным и подавленным. Больные сохраняют социальные связи, обслуживают себя, ориентируются в бытовых вопросах. Выраженных психоорганических расстройств в подавляющем большинстве случаев не наблюдается. Личностные изменения характеризуются нарастающей подозрительностью и конфликтностью.

F22.82 *Паранойяльная шизофрения*

Ведущее место в клинической картине занимают сверхценные и паранойяльные расстройства. В начальном периоде болезни сверхценные идеи внешне правдоподобны, поскольку связаны с реальными фактами или событиями В дальнейшем формируется устойчивый бред толкования, что определяет поведение больных в обществе. Преобладает монотематический бред — ревности, любовный, изобретательства, реформаторства, сутяжный, ипохондрический, сенситивный бред отношения. В зависимости от содержания бреда отмечается повышенный или пониженный аффект. Наблюдается бредовая оценка эпизодов прошлой жизни больного. Бредовое толкование слов и поступков окружающих могут послужить причиной общественно опасных действий со стороны больного. В ходе развития заболевания присоединяются эмоциональное оскудение, аутизация, когнитивные расстройства. Типичны изменения личности: паралогичность, аутизм, чудаковатость, манерность.

Фармакотерапия форм F22.0–F22.82: см. Приложение 1.

F23 Острые и преходящие бредовые расстройства

Характеризуются острым началом и быстрым (от 48 ч до 2 нед.) переходом состояния больного в психотическое, наличием пси-

хотравмирующей ситуации до и в начальном этапе заболевания. Приступы психотических проявлений разнообразны, отличаются крайним полиморфизмом, остротой и разной продолжительностью (от «транзиторных», длящихся минуты, до 2 нед.). Они включают различные виды аффективных расстройств, параноидных и галлюцинаторных проявлений. Выделяются психотические приступы без симптомов шизофрении, шизофреноподобные и приступы с симптомами шизофрении. В этом случае, если продолжительность приступа свыше 1 мес., рекомендуется диагноз изменить на шизофрению. Начало болезни с острыми и транзиторными приступами возможно в детстве, зрелом и позднем возрасте.

F23.0 *Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении*

Клиническая картина характеризуется острым развитием галлюциноза, бреда (острый фантастический бред, бред инсценировки), колебаниями аффективных переживаний. В то же время наблюдаемые расстройства не позволяют определить состояние как один из синдромов шизофрении или аффективных психозов.

Реактивный параноид — у больного возникают ложные суждения и умозаключения по поводу создавшейся для него неблагоприятной ситуации. Бредовые идеи основываются на реальных фактах, но их оценка неадекватна. Реактивные параноиды при утрате актуальности психотравмирующей ситуации теряют свою выраженность и, как правило, купируются.

F23.1 *Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении*

Состояние больного характеризуется развитием острого галлюциноза или острого синдрома психического автоматизма. При длительности симптомов более 1 мес. диагноз изменяется на соответствующую форму шизофрении.

F23.2 *Острое шизофреноподобное расстройство*

Характеризуется быстрым развитием острого психотического состояния без четко выраженного отдельного синдрома. Состояние динамически изменяется с доминирующей тенденцией регредиентного развития, сопровождается тревожными переживаниями, доходящими до паники и возбуждения с малоадекватными реальной ситуации поведенческими действиями.

F23.3 *Другие острые, преимущественно бредовые, психотические расстройства*

Типична выраженная клиническая картиная бреда, в то же время нет отчетливых признаков шизофрении или острого полиморфного психотического расстройства.

F23.8 *Другие острые и транзиторные психотические расстройства*

Характеризуются развитием недифференцированного психотического возбуждения при наличии неорганического генеза состояния.

F23.9 *Острые и транзиторные психотические расстройства неуточненные*

Психотическое расстройство соответствует критериям рубрики, но не может быть дифференцировано.

Терапия форм расстройств F23.0–F23.9 проводится преимущественно в условиях стационара.

Фармакотерапия: см. Приложение 1.

F24 Индуцированное бредовое расстройство

Индуцированный бред формируется под влиянием психогенных воздействий. Такие воздействия исходят от другого лица, чаще всего близкого родственника с симптомами психического (или другого) заболевания. Человек, страдающий бредовыми идеями, навязывает свои болезненные идеи, взгляды другому. Это бывает, как правило, при тесном общении с ним, активный носитель бредовых идей (источник) занимает лидирующее положение по отношению к партнеру с индуцированным бредом. Бред нестоек, к нему предрасположены лица с интеллектуальной недостаточностью, инфантильные, внушаемые и т.д.

Фармакотерапия: галоперидол, диазепам, рисперидон, трифлуоперазин, феназепам[1], хлорпромазин, корректоры.

Этиология и патогенез шизофрении, шизотипических и бредовых психических расстройств. В ряде национальных классификаций эти психические расстройства рассматривались в основном в рамках шизофрении, так что большая часть данных получена при изучении биологических основ шизофрении и они могут дать представление о состоянии этой пока не решенной проблемы в целом.

[1] Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин.

Этиология и патогенез шизофрении стали предметом специального изучения вскоре после выделения заболевания в отдельную нозологическую единицу. Э. Крепелин считал, что шизофрения возникает в результате токсикоза и, в частности, нарушения функций половых желез. Идея токсической природы шизофрении получила развитие впоследствии и в других исследованиях. Так, возникновение шизофрении связывали с нарушением белкового обмена и накоплением в организме больных азотистых продуктов распада. По сути близка к описанным выше концепциям идея о связи шизофренического процесса с нарушением функций ферментных систем, участвующих в обмене биогенных аминов. Установлена роль наследственной патологии в возникновении шизофрении. Заболеваемость шизофренией у людей, отягощенных наследственностью, в несколько раз выше, чем среди обычного населения, причем в характере наследственной отягощенности обнаруживается определенная закономерность. При шизофрении у родителей риск заболеть шизофренией у пробанда во много раз выше, чем при наличии этого заболевания у более далеких родственников. Установлена также определенная связь с типом проявления шизофрении у пробанда и его родственников, включая и родителей.

Отсутствие конкретных характеристик, определяющих возникновение и формирование биологических расстройств при шизофрении в сочетании с типичными психопатологическими проявлениями, делает возможным построение различных умозрительных концепций о природе шизофрении. Шизофрения рассматривается некоторыми авторами как одна из форм неудачного приспособления личности к жизни. Невозможность полноценного приспособления объясняли особой дефектностью личности, сформированной в результате неправильных внутрисемейных отношений в раннем детском возрасте. Такие соображения о природе шизофрении были опровергнуты. Показано, что риск возникновения шизофрении у детей, адаптировавшихся в раннем возрасте в других семьях, обусловлен не особенностями внутрисемейных отношений в них, а наследственной отягощенностью.

Диагностика. Шизофрения отличается большим спектром клинических проявлений, и в некоторых случаях ее диагностика представляет значительные трудности. Основными диагностиче-

скими критериями заболевания являются типичные для шизофрении негативные расстройства или своеобразные изменения личности больного. К таковым относятся: обеднение эмоциональных проявлений, нарушение мышления и межличностных отношений. Шизофрении также свойственен определенный набор синдромов. Дифференциально-диагностическую оценку шизофрении приходится проводить в трех направлениях: отграничивать от экзогенных, аффективных психозов и от биполярного аффективного расстройства. Экзогенные психозы начинаются в связи с определенными вредностями (токсический, инфекционный и другие факторы). При них наблюдаются особые изменения личности (по органическому типу), психопатологические проявления протекают с преобладанием галлюцинаторных (чаще зрительных) расстройств. При аффективных психозах не наблюдается изменений личности, свойственных шизофрении. Психопатологические проявления исчерпываются аффективными расстройствами. Отличие шизофрении от стойких бредовых, острых и транзиторных психических расстройств заключается в отсутствии у последних шизофренического изменения личности и общей динамики заболевания (стабильные бредовые идеи в одном случае и острые психотические состояния — в другом). При отграничении шизоаффективного варианта психических расстройств от других, рассматриваемых в этом блоке, необходимо ориентироваться на наличие у больных с шизоаффективной патологией сложных психотических приступов, включающих выраженные эмоциональные расстройства и галлюцинаторно-бредовые переживания (с псевдогаллюцинациями, идеями воздействия, идеаторными нарушениями), типичных для шизофрении.

Отграничение шизотипических расстройств от шизофрении и других, рассмотренных здесь психотических расстройств, особых трудностей не представляет, поскольку им не свойственны выраженные психические расстройства — галлюцинаторные, бредовые и т.д. Симптоматика шизотипических расстройств более сходна с психопатологическими проявлениями при пограничных состояниях. При дифференциальной диагностике больных с шизотипическими расстройствами значительные трудности возникают при отграничении их от больных неврозами и психопатиями.

Здесь помогает выявление наличия у первых особых изменений личности, о чем было сказано ранее. Психопатологическая симптоматика при психопатиях связана с межличностными отношениями, в то время как психопатоподобная симптоматика определяется прогредиентным процессом. При неврозах имеются определенные психогенные вредности, обусловливающие их возникновение.

Опыт терапии психотропными средствами (являющийся основным методом лечения в психиатрии) показал, что их лечебный эффект в основном зависит от класса препарата, а также от особенностей и структуры психических расстройств больного и в меньшей степени от причины их происхождения.

При выраженных психических расстройствах с преобладанием бредовых, галлюцинаторных проявлений, состояний возбуждения применяются в основном нейролептики. Учитывая необходимость длительного лечения (шизофрения, стойкие [хронические] бредовые состояния), применяются нейролептики пролонгированного действия. В тех случаях, когда преобладают негативные психические расстройства, рекомендуется применять атипичные нейролептики (рисперидон, оланзапин), нейролептические препараты со стимулирующим действием. Больным с депрессивными и депрессивно-параноидными явлениями следует назначать антидепрессанты. При сложных психопатологических синдромах возможна комбинация препаратов, включающая различные нейролептики, антидепрессанты и другие средства. Важную роль в возвращении больных к полноценной жизни психиатры отводят социально-трудовой реабилитации. В общей системе организации психиатрической помощи предусмотрены различные формы лечебно-трудового и социального воздействия на больных. Подбор вида труда для больного проводится врачом-психиатром с учетом его психического состояния и прежней профессиональной подготовки. При невозможности заниматься прежней работой больной может пройти профессиональное обучение и овладеть новой специальностью.

Вопросы профилактики шизофрении и других психических расстройств составляют одну из важнейших задач психиатрии. Недостаточность знаний об их этиологии не позволяет разработать эффективные меры первичной профилактики заболевания. Первичная профилактика в настоящее время заключается в ме-

дико-генетическом консультировании. Специалисты информируют супругов, у которых в роду были психически больные или один из супругов страдает психическим расстройством, о риске возникновения заболевания у их будущих детей. Для вторичной и третичной профилактики применяются методы терапии и реабилитации (реадаптации).

F25 Шизоаффективное расстройство

В психотическом приступе присутствуют аффективные расстройства и психопатологические проявления, свойственные шизофрении. Его продолжительность может быть от нескольких недель до нескольких лет. Число приступов у больных в течение жизни различно — от 1–3 и более. У некоторых больных каждый приступ провоцируется экзогенным фактором. Приступы в целом характеризуются яркой аффективностью, возникают тот или иной вид чувственного бреда, кататонические расстройства. Ремиссии отличаются высоким качеством. Постепенно после повторных приступов у больных происходит изменение личности, которое характеризуется астеническими, гиперстеническими проявлениями с обеднением эмоциональных реакций. Обычно эти изменения наблюдаются после 3–4-го приступа. Затем приступы становятся реже, изменение личности остается на одном уровне. Возможно критическое отношение к перенесенному психотическому состоянию. Работоспособность больных обычно не снижается, за исключением незначительного ее падения у больных с астеническими изменениями личности. Прогноз сравнительно благоприятный.

F25.1 *Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип*

В клинической картине приступа доминирует маниакальный синдром.

F25.2 *Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип*

В клинической картине приступа доминирует депрессивный синдром.

F25.3 *Шизоаффективное расстройство, смешанный тип*

Приступы заболевания носят биполярный характер.

Если имеются сведения о суицидальных установках больных, то их нужно срочно госпитализировать в психиатрический стационар.

F25.8 *Другое шизоаффективное расстройство*

В состоянии больного присутствует симптоматика, характерная для рубрики, но недостаточная для отнесения расстройства к приведенным формам.

F25.9 *Неуточненное шизоаффективное расстройство*

Характеризуется полиморфной аффективной симптоматикой, сходной с расстройствами рубрики, не позволяющей определить конкретную форму нарушений.

F28 Другие неорганические психотические расстройства

Отмечаются психопатологические состояния вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено в приведенных формах представленных нарушений.

F29 Неуточненный неорганический психоз

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

Фармакотерапия: см. Приложение 1.

5.4. F30–F39 АФФЕКТИВНЫЕ (ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ) РАССТРОЙСТВА

F30 Маниакальный эпизод

Характеризуется развитием маниакального синдрома.

F30.0 *Гипомания*

Определяется умеренно выраженной маниакальной симптоматикой — постоянным подъемом настроения, повышенной активностью, чувством благополучия, физической и психической продуктивности, чрезмерной общительностью, пониженной потребностью в ночном сне, гиперсексуальностью. Часто больные не рассматривают свое состояние как болезненное, активны, подвижны, стремятся к производственной деятельности, иногда успешно выполняют поставленные цели и задачи.

F30.1 *Мания без психотических симптомов*

Состояние ограничивается исключительно маниакальной симптоматикой.

F30.2 *Мания с психотическими симптомами*

Характеризуется маниакальной симптоматикой с присоединением парафренных переживаний.

Терапия расстройств F30–F30.2 определяется ведущей симптоматикой, проводится преимущественно психотропными средствами (нейролептиками и антидепрессантами).

Фармакотерапия:

- при маниакальном синдроме — галоперидол, левомепромазин, тиоридазин, хлорпротиксен, корректоры;
- при депрессивном синдроме — амитриптилин, мапротилин, миансерин, тимостатики, циталопрам.

См. Приложение 1.

F31 Биполярное аффективное расстройство

Психическое расстройство, характеризующееся последовательной сменой аффективных фаз (маниакальной и депрессивной) с интермиссиями без выраженных дефектных состояний.

Маниакальные и депрессивные состояния, возникающие отдельными или сдвоенными фазами, определяют клиническую картину заболевания. Выраженность маниакального или депрессивного расстройства — от циклотимической депрессии до тяжелых и сложных маниакальных и депрессивных синдромов, требующих неотложной помощи. Продолжительность отдельных фаз — от нескольких дней и недель до нескольких лет (затяжные депрессии и мании). Часто расстройства начинаются в определенное время года, преимущественно весной и осенью. Сезонность может наблюдаться в определенном периоде болезни или на протяжении всего ее течения. После кратковременных предвестников аффективные расстройства за несколько недель достигают максимальной выраженности, иногда через несколько дней после начала фазы.

У больных возможна одна фаза болезни, иногда затяжная. Фазы могут повторяться даже через десятки лет. Иногда периоды повышенного и подавленного настроения бывают весьма длительными (до нескольких лет).

F31.0 *Текущий гипоманиакальный эпизод*

Клинические проявления аналогичны F30.0.

F31.1 *Текущий маниакальный эпизод без психотических симптомов*

Преимущественно характеризуется выраженными признаками маниакального синдрома.

F31.2 *Текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами*

Характеризуется выраженными признаками маниакального синдрома с присоединением бредовых (как правило, фантастических) идей величия, высокого происхождения.

F31.3 *Текущий эпизод умеренной или легкой депрессии*

Клинические проявления аналогичны F32.0 или F33.1.

F31.4 *Текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов*

Характеризуется выраженными признаками депрессивного синдрома.

F31.5 *Текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами*

Характеризуется выраженными признаками депрессивного синдрома с присоединением бредовых идей преследования, ущерба, ипохондрии, обнищания.

F31.6 *Текущий эпизод смешанный*

Характеризуется признаками как маниакального, так и депрессивного синдромов.

F31.7 *Текущая ремиссия*

Межприступный период заболевания.

При лечении аффективных расстройств учитывают характер фазы (депрессивная или маниакальная), ее выраженность (циклотимический или психотический уровень), клинические особенности (тревожная или витальная депрессия, депрессия с бредом, смешанное состояние, атипичные фазы, монотонность или большая лабильность аффекта и др.), возраст и пр.

Терапия расстройств F31.0–F31.7

Фармакотерапия:

- при маниакальном синдроме — галоперидол, левомепромазин, тиоридазин;
- при депрессивном синдроме — амитриптилин, мапротилин, миансерин, пипофезин, тразодон, циталопрам, корректоры.

См. Приложение 1.

F32 Депрессивный эпизод

Депрессивный эпизод характеризуется подавленным настроением, утратой интересов, снижением способности к концентрации внимания, заниженной самооценкой, идеями вины и самоуничижения, мрачным, пессимистическим видением будущего, плохим аппетитом.

Больные подавлены, тоскливы, слезливы, сидят в согбенной позе с опущенной на грудь головой или лежат, поджав ноги. Идеи самообвинения присутствуют в клинической картине не всегда, но обычно переживания концентрируются вокруг обстоятельств, связанных с психической травмой. Аффект тоски, когда к нему присоединяются тревога, страх или гневливость, часто развивается на фоне психомоторного возбуждения — больные мечутся, громко плачут, заламывают руки, возможны суицидальные попытки и т.д.

F32.0 *Депрессивный эпизод легкий степени*

Депрессивная симптоматика выражена минимально, больные в состоянии выполнять свои профессиональные обязанности. Настроение снижено больше в утренние часы.

Длительность эпизода — до 2 нед.

F32.1 *Депрессивный эпизод средней степени*

Характеризуется умеренно выраженной депрессивной симптоматикой. Больные отмечают значительные затруднения в трудовой и социальной адаптации.

F32.2 *Депрессивный эпизод тяжелый без психотических симптомов*

Проявляется выраженной депрессивной симптоматикой, напряженностью или ажитацией, либо сильно выраженной заторможенностью. Присутствуют все три типичных симптома депрессивного эпизода. Больные высказывают идеи самообвинения и уничижения, суицидальные мысли, совершают попытки самоубийства, отказываются от еды и т.д. Отмечаются соматические расстройства. Длительность эпизода не менее 2 нед. При особо тяжелых симптомах диагноз выставляется ранее, чем в 2 нед.

F32.3 *Депрессивный эпизод тяжелый с психотическими симптомами*

Характеризуется выраженной депрессивной симптоматикой, клиническая картина включает также бред, галлюцинации, де-

прессивный ступор, при этом бред и галлюцинации могут как соответствовать аффекту, так и не соответствовать.

От эндогенных *реактивные депрессии* отличаются тем, что их возникновение совпадает с психической травмой. Психотравмирующие переживания отражаются в клинической картине депрессии, после разрешения психотравмирующей ситуации депрессия купируется. Течение депрессии зависит как от содержания психической травмы, так и от особенностей личности больного и его состояния к моменту возникновения психического расстройства. Депрессии у лиц, перенесших черепно-мозговую травму или ослабленных тяжелыми соматическими и инфекционными заболеваниями, а также у пожилых людей могут затягиваться. Длительными бывают и реактивные депрессии, связанные с тяжелой, не разрешившейся психотравмирующей ситуацией. Сюда включаются реактивные депрессии, депрессивные реакции, сезонные аффективные (депрессивные) расстройства.

Депрессивные психогенные реакции (реактивная депрессия). Смерть близкого человека, тяжелые жизненные неудачи способны и у здоровых людей вызвать естественную психологическую реакцию печали. Патологическая реакция отличается от нормальной чрезмерной силой и длительностью. Психомоторная заторможенность может доходить до степени депрессивного ступора. Больные все время горбятся, лицо застывшее, с выражением глубокой тоски или безысходного отчаяния, они безынициативны, не могут обслужить себя, окружающее не привлекает их внимания.

Реактивная депрессия иногда сочетается с отдельными истерическими расстройствами. В этих случаях депрессия проявляется неглубокой психомоторной заторможенностью, аффектом тоски с выразительными внешними симптомами, не соответствующими глубине депрессии: больные театрально жестикулируют, жалуются на гнетущее чувство тоски, принимают трагические позы, громко плачут, демонстрируют суицидальные попытки. Во время беседы при упоминании о психотравмирующей ситуации возбуждаются вплоть до приступов истерического отчаяния. Нередко отмечаются отдельные пуэрильные и псевдодементные проявления. Иногда на фоне угнетенного настроения возникают дереализация, деперсонализация, сенестоипохондрические рас-

стройства. На фоне нарастающей депрессии с тревогой и страхом могут появиться отдельные идеи отношения, преследования, обвинения и др. Содержание бреда ограничивается неправильной интерпретацией поведения окружающих и отдельных случайных внешних впечатлений.

Терапия расстройств F32–F32.3 проводится в амбулаторных условиях при непсихотических проявлениях депрессивного синдрома и в условиях стационара при психотических формах депрессий.

Фармакотерапия: см. Приложение 1.

F33 Рекуррентное аффективное расстройство

Характеризуется повторными депрессивными расстройствами при отсутствии в анамнезе маниакальных эпизодов. Продолжительность депрессивных состояний — в среднем 6 мес., манифестация нарушений, как правило, в пожилом возрасте (возможно и ранее), депрессивный эпизод может быть спровоцирован психотравмирующей ситуацией.

F33.0 *Рекуррентное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой степени*

Состояние характеризуется повторными эпизодами депрессии без мании в анамнезе. В динамике расстройств отмечаются (как правило) 2 эпизода продолжительностью минимум по 2 нед. с интервалом до нескольких месяцев.

F33.1 *Рекуррентное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести*

Расстройство характеризуется повторными эпизодами умеренно выраженной депрессии с аналогичными состояниями в анамнезе.

F33.2 *Рекуррентное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов*

Расстройство характеризуется повторными эпизодами выраженной депрессии с аналогичными состояниями в анамнезе.

F33.3 *Рекуррентное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени тяжести с психотическими симптомами*

Расстройство характеризуется повторными эпизодами выраженной депрессии, с бредовой симптоматикой (конгруентной и неконгруентной).

F33.4 *Текущая ремиссия*

Состояние прошлых эпизодов соответствует критериям рекуррентного депрессивного эпизода, но настоящее состояние не отвечает критериям депрессивного эпизода любой степени тяжести.

F33.8 *Рекуррентное аффективное расстройство другое*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено конкретной формой представленных нарушений.

F33.9 *Рекуррентное аффективное расстройство неуточненное*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

Фармакотерапия: см. Приложение 1.

F34 Хронические аффективные расстройства

Хронические аффективные расстройства, имеющие флуктуирующий характер динамики нарушений. Расстройства длятся годами, но не приводят к нарушению продуктивности.

F34.0 *Циклотимия*

Диагностические критерии — постоянная, хроническая нестабильность настроения, выраженная либо в легкой депрессии, либо в легкой приподнятости настроения, выраженность и продолжительность расстройств недостаточны, чтобы соответствовать критериям биполярного аффективного расстройства или рекуррентного депрессивного расстройства. Содержание отдельных эпизодов не соответствует критериям маниакального или депрессивного эпизода. Циклотимические фазы могут возникать сезонно, аутохтонно или в связи с экзогенией, родами, психогенией. Наряду с моноаффективными возможны сдвоенные циклотимические фазы и т.д.

Депрессивные фазы, в клинической картине которых на передний план выступают вегетативные и соматические расстройства (субъективные жалобы и объективные нарушения), маскирующие собственно депрессивные симптомы, известны. Соматические жалобы и расстройства включают боли в области сердца, в животе, голове, часто очень сильные и пароксизмальные, иногда в сочетании с тахикардией, рвотой, расстройствами функции кишечника, головокружениями. Выявляются суточные

колебания настроения. Депрессии могут наблюдаться как при монополярном, так и при биполярном течении болезни. Маниакальная фаза характеризуется гипоманиакальным состоянием, которое больные часто не воспринимают как заболевание.

F34.1 *Дистимия*

Состояние хронически сниженного настроения начинается в молодом возрасте и продолжается, по меньшей мере, несколько лет или неопределенно долго; начало в позднем возрасте чаще всего связано с психотравмой. Состояние не сопровождается снижением работоспособности, социальной дезадаптацией, соматовегетативными нарушениями.

F38 *Другие аффективные расстройства*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено конкретной формой представленных нарушений.

F39 *Неуточненные аффективные расстройства*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик, без четкого определения генеза.

Терапия расстройств F34–F39.

Психотропные средства эффективны и при маниакальных, и при депрессивных расстройствах. Для устранения маниакального возбуждения могут быть применены различные седативные нейролептики, которые назначаются в обычных дозах в виде таблеток или в виде инъекций.

При гипоманиакальных состояниях могут оказаться эффективными и транквилизаторы — препараты бензодиазепинового ряда. Они не только снимают состояния психомоторного возбуждения, но и нормализуют сон.

При депрессиях показано назначение антидепрессантов. При депрессиях с тревогой применяют антидепрессанты с транквилизирующим действием, возможно также сочетание антидепрессантов с нейролептиками. Такое сочетание показано, когда в структуре приступов помимо аффективных расстройств наблюдаются галлюцинации или бредовые переживания. При легких формах депрессии возможно применение и транквилизаторов, особенно если подобные состояния сопровождаются тревогой. При проведении психотропной терапии необходимо внимательно следить за соматическим состоянием больных.

Фармакотерапия: амитриптилин, бетамакс, венлафаксин, галоперидол, глутаминовая кислота, карбамазепин, мапротилин, миансерин, мелипрамин, пароксетин, пирлиндол, трава зверобоя, тразодон, флуоксетин, флупентиксол, хлорпромазин, хлорпротиксен, церебролизин, эсциталопрам, циталопрам.

Психотерапия.

5.5. F40–F49 НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Возникновение, развитие, течение, компенсация и декомпенсация невротических расстройств определяются преимущественно психогенными факторами. Невротические нарушения возможны у любого человека, однако их характер и форма тесно связаны с индивидуальной предрасположенностью и особенностями личности.

Термин «неврозы» был впервые предложен в 1776 г. шотландским психиатром К.У. Кулленом. Под этим названием он описал заболевания, проявляющиеся расстройствами ощущений, движений, не сопровождающиеся лихорадкой и не зависящие от местного или общего поражения этих функций. В дальнейшем уточнялась клиническая картина неврозов и факторы, обусловливающие их возникновение. Существенным толчком к описанию клинической картины и оценке роли различных факторов в происхождении неврозов послужили так называемые травматические и военные неврозы.

Исследователи отмечают, что у психопатических личностей риск возникновения невроза высок. Наличие дисгармонических свойств предрасполагает к формированию неврозов, однако человек без признаков аномальных личностных особенностей в связи с неблагоприятными, психотравмирующими обстоятельствами также может заболеть неврозом.

Из общих клинических проявлений неврозов прежде всего следует отметить жалобы больных на плохое самочувствие, повышенную утомляемость, пониженное настроение, сопровождающееся нередко чувством тревоги. Общее самочувствие и на-

строение с утра бывают более или менее удовлетворительными, но к вечеру становятся хуже. Такие изменения больные отмечают и в работоспособности. Больные легко устают от физической и интеллектуальной нагрузки. Однако после отдыха их силы восстанавливаются, они могут продолжать работу. Всем больным свойственны жалобы на различные проявления расстройства сна. Специфика болевых ощущений может имитировать картину соматических заболеваний.

Этиология и патогенез невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств имеют много общего. В то же время многообразие их психопатологических проявлений зависит как от характера внешних психогенных факторов, так и от личностных особенностей преморбида больных. Хотя психотравма — основная причина этих расстройств, остается не вполне ясным, почему в сходных психотравмирующих ситуациях психические расстройства протекают по-разному, а неврозы развиваются у небольшого числа пациентов. Факторами, способствующими развитию психозов, считаются нарастающее утомление, постоянное напряжение, сопутствующие соматические заболевания, перенесенные в прошлом травмы головы, недостаток сна, интоксикации. Наиболее значимыми факторами развития невротических соматоформных расстройств традиционно считают ситуации внутриличностного конфликта (конфликт с совестью, неудовлетворенность жизненной ситуацией и одновременно боязнь перемен, ситуация выбора и т.д.), преморбидные особенности личности. Так, инфантилизм, экстраверсия, демонстративно эмоциональная лабильность коррелируют с истерической симптоматикой; мнительность, тревожность, осторожность, ответственность — с неврозом навязчивостей.

Сторонники психодинамического направления подчеркивают роль неправильного воспитания в раннем детстве.

При неврастении астенический синдром может быть обусловлен различными дополнительными экзогенными и органическими причинами (травмой, соматическим заболеванием, интоксикацией). Довольно часто приходится отличать от астенического синдрома проявления маскированной депрессии и легкие апатические проявления в дебюте шизофренического процесса.

Для депрессии характерны преобладание чувства тоски, снижение базовых влечений (аппетита, сексуального влечения, стремления к общению), пессимизм и низкая самооценка. Проявления эндогенной депрессии обычно усиливаются утром, характерно раннее пробуждение больных. Астения, напротив, нарастает к вечеру, утром больные сонливы, чувствуют себя усталыми, аппетит и сон не нарушены, пациенты не чувствуют себя больными, не ищут помощи у окружающих, просят, чтобы их оставили в покое.

F40 Фобические и тревожные расстройства

F40.0 *Агорафобия*

Устойчивый страх больного оказаться в толпе, или в скоплении людей, боязнь общественных мест (магазинов, открытых площадей и улиц, театров, кинотеатров, концертных залов, рабочего места), самостоятельных длительных поездок (различные виды транспорта). Ситуационная составляющая синдрома агорафобии выражается в приуроченности фобических переживаний к определенным ситуациям и в страхе попадания в ситуацию, где, по мнению больных, будет вероятным повторение тягостных ощущений. Часто агорафобическая симптоматика охватывает совокупность страхов различных ситуаций, формируя панагорафобию — страх выхода из дома, с развитием глубокой социальной дезадаптации. Наблюдаются попытки больного преодолеть собственные переживания, в неблагоприятных случаях происходит ограничение социальной деятельности.

F40.00 *Агорафобия без панического расстройства*

Фармакотерапия: алпразолам, имипрамин, клоназепам, кломипрамин, феназепам.

Психотерапии, диетическая терапия.

F40.01 *Агорафобия с паническим расстройством*

Фармакотерапия: алпразолам, амитриптилин, диазепам, имипрамин, карбамазепин, кломипрамин, клоназепам, лоразепам, миансерин, пирлиндол, тразодон, феназепам, хлордиазепоксид.

Психотерапия.

F40.1 *Социальные фобии*

Характеризуются боязнью оказаться в центре внимании небольшой группы людей (боязнь окружающих), трудностью (невозможностью) выполнения каких либо действий в присутствии посторонних (знакомых). Отмечаются заниженная самооценка,

постоянная немотивированная самокритика. При необходимости выполнения публичных действий наблюдаются выраженные вегетативные расстройства — гипергидроз, тремор, тошнота и т.п. Больные стремятся избегать фобических ситуаций, иногда до полного ограничения контактов с окружающими.

Фармакотерапия: моклобемид, клоназепам, пирлиндол.

Психотерапия, диетотерапия (ограничение тираминсодержащих продуктов).

F40.2 *Специфические* (*изолированные*) *фобии*

Навязчивый страх конкретных (определенных) ситуаций. Больной относится к собственным фобическим переживаниям критически, понимает их чуждость, стремится их преодолеть, но самостоятельно освободиться от них не может. Встречаются следующие формы: кардиофобия, канцерофобия, клаустрофобия и др.

Фармакотерапия: бензодиазепиновые транквилизаторы (короткие курсы), β-адреноблокаторы — пропранолол (индерал), тразикор, обзидан, при депрессивных нарушениях — антидепрессанты.

Психотерапия.

F40.8 *Другие фобические тревожные расстройства*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено конкретной формой представленных нарушений.

F40.9 *Фобические тревожные расстройства неуточненные*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик, без четкого определения генеза.

Фармакотерапия: бензодиазепиновые транквилизаторы (короткие курсы), антидепрессанты.

Психотерапия.

F41 Другие тревожные расстройства

Характеризуются преимущественно проявлениями тревоги, без боязни или избегания конкретной ситуации, аффективные и фобические симптомы возникают вследствие собственно тревожных переживаний больного.

F41.0 *Паническое расстройство*

Периодически возникающие состояния выраженной тревоги (паники). Приступы сопровождаются явлениями деперсонали-

зации и дереализации, страхом неадекватных действий, смерти, сумасшествия, а также выраженными вегетативными расстройствами. В поведении больного отмечается избегание ситуаций, в которых приступ возник впервые. Возможны опасения одиночества, окружающих, повтора приступа. Паническая атака возникает спонтанно, вне формальных ситуаций опасности или угрозы. В межприступный период поведение больного носит сравнительно адаптивный характер.

Фармакотерапия: диазепам, феназепам, лоразепам, для купирования панических приступов парентеральное введение клоназепама, имипрамин, доксепин, амитриптилин, тразодон, карбамазепин, гопантеновая кислота.

Психотерапия.

F41.1 *Генерализованное тревожное расстройство*

Характеризуется выраженными тревожными переживаниями, опасениями за свою жизнь и здоровье и своих близких. Отмечаются выраженный тремор, мышечное напряжение, суетливое беспокойное поведение.

F41.2 *Смешанное тревожное и депрессивное расстройство*

Для этого расстройства характерно сочетание аффективной (депрессивной) и тревожной симптоматики, а также эпизодически возникающие вегетативные нарушения. В состоянии больного отсутствует выраженная причинная связь со значимыми психогенными ситуациями.

F41.3 *Другие смешанные тревожные расстройства*

Характеризуются смешанной симптоматикой тревожных переживаний.

F41.8 *Другие уточненные тревожные расстройства*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено в конкретной форме представленных нарушений.

F41.9 *Тревожные расстройства неуточненные*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

Терапия расстройств F41–F41.9.

Фармакотерапия: алимемазин, алпразолам, амитриптилин, диазепам, имипрамин, карбамазепин, кломипрамин, миансерин,

сертралин, сульпирид, промазин, пропранолол (обзидан), феназепам, флувоксамин, флуоксетин, хлордиазепоксид, хлорпротиксен, циталопрам.

См. Приложение 1.

Психотерапия.

F42 Обсессивно-компульсивные расстройства

Формы данного расстройства включают:

1) обсессивные мысли — идеи, образы, влечения, стереотипно повторяющиеся и крайне тягостные для больного;
2) компульсивные действия (ритуалы) — повторяющиеся поступки, которые якобы предотвращают вредные и/или опасные события (вероятность которых крайне мала). Субъективное отношение больного к ритуальным действиям формально критично, но сами действия непреодолимы.

F42.0 *Преимущественно навязчивые мысли или размышления*

Навязчивые мысли встречаются в виде навязчивых сомнений, опасений, воспоминаний, мудрствований («умственная жвачка»). При навязчивых состояниях обычно возникает мучительная неуверенность в правильности или завершенности того или иного действия, со стремлением бесконечное число раз проверять его выполнение. Иногда возникают навязчивые опасения невозможности совершения того или иного действия. Для больных с навязчивым мудрствованием характерны размышления абстрактного характера.

F42.1 *Преимущественно компульсивные действия*

Проявляются в различных стереотипных действиях, носящих психологически «защитный» или самостоятельный характер. Больные достаточно критично относятся к ритуальным действиям, в то же время отмечают непреодолимость и стереотипность поведенческих реакций.

F42.2 *Смешанные навязчивые мысли и навязчивые действия*

Характеризуются сочетанными проявлениями навязчивых мыслей и действий.

F42.8 *Другие обсессивно-компульсивные расстройства*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено конкретной формой представленных нарушений.

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик, без четкого определения генеза.

Медикаментозная терапия навязчивых и компульсивных расстройств проводится преимущественно с применением трициклических антидепрессантов. Наряду с трициклическими препаратами широко используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Они назначаются и при лечении панических атак, и обсессивно-фобических расстройств. Следует иметь в виду, что применение бензодиазепиновых транквилизаторов может вызвать привыкание, их отмена часто сопровождается признаками зависимости: бессонницей, астенией, алгиями.

Терапия расстройств F42–F42.9.

Фармакотерапия: алимемазин, алпразолам, кломипрамин, клоназепам, флуоксетин, тиоридазин, хлордиазепоксид, хлорпротиксен. См. также Приложение 1.

Психотерапия.

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

Психические расстройства, возникающие вследствие воздействия сильного, выходящего за рамки повседневного опыта, стрессового события, сопровождающиеся значительными изменениями в жизни, что приводит к постоянному психологическому дистрессу. Расстройства наблюдаются в условиях стихийных бедствий, землетрясений, наводнений и обстоятельств, угрожающих жизни человека, близких ему людей. Психопатологическая симптоматика проявляется в форме *реактивного ступора* (невозможность двигаться, отвечать на вопросы, неспособность предпринять какие-либо действия в угрожающей жизни ситуации) или *реактивного возбуждения* (хаотичная активность, крик, метание; паника, «реакция бегства»). И в том, и в другом случае психоз сопровождается помрачением сознания и последующей частичной или полной амнезией. Подобные психозы кратковременны (от нескольких минут до нескольких часов). В некоторых случаях пережитые события продолжают долгое время беспокоить больного в виде навязчивых воспоминаний,

кошмарных сновидений, сопровождаются печалью по поводу гибели близких, утраты имущества и жилья и др.

F43.0 *Острая реакция на стресс*

Расстройство развивается как реакция на исключительно сильное, но непродолжительное (в течение часов, дней) травматическое событие, угрожающее психической или физической целостности личности (природная или техногенная катастрофа, несчастный случай, участие в боевых действиях, преступное посягательство и т.п.), резкое изменение социального статуса или окружения (смерть близкого человека, потеря значительной части имущества и т.п.). Фиксируется обязательная и четкая временнáя связь возникновения симптоматики с травмирующим событием, отмечается инициальное состояние оглушенности. В клинической картине наблюдаются быстро сменяющие друг друга или смешанные между собой (но не длящиеся долго) депрессия, тревога, отчаяние, гнев, гиперактивность или отгороженность.

Фармакотерапия: алимемазин, амитриптилин, имипрамин, карбамазепин, кломипрамин, миансерин, пирлиндон, пипофезин, тиоридазин, тразодон, хлорпротиксен.

Психотерапия.

F43.1 *Посттравматическое стрессовое расстройство*

Развивается как отставленная и/или затяжная реакция на ситуации, аналогичные для формирования формы F43.0. Типичные признаки: повторные переживания психотравмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, фантазий и представлений, в качестве фона повторных переживаний психотравмы наблюдаются оцепенение и эмоциональная притупленность, социальная отчужденность, сниженная реакция на происходящее, ангедония, избегание ситуаций, напоминающих о психотравме.

Временами могут наблюдаться острые эпизоды страха, паники, агрессии, вызванные неожиданными воспоминаниями о психотравме или реакциями на нее.

Также отмечаются повышенная вегетативная возбудимость, выраженные тревожные переживания.

Фармакотерапия: алимемазин, амитриптилин, карбамазепин, лития карбонат, миансерин, моклобемид, пипофезин, тиоридазин, тразодон.

Психотерапия.

F43.2 *Расстройство адаптации*

Наблюдается в период адаптации к значительному изменению в социальном статусе (потеря близких или длительная разлука с ними, положение беженца и т.п.) или к стрессовому жизненному событию (в том числе — серьезное физическое заболевание). Отмечается индивидуальная предрасположенность (уязвимость), но в сочетании с доказательствами того, что расстройство не возникло бы без воздействия стрессора.

Характеризуется наличием симптомов: депрессивное настроение, тревога, беспокойство, склонность к драматическому поведению, вспышки агрессии, чувство неспособности справиться с ситуацией, приспособиться к ней, некоторое снижение продуктивности в повседневных делах.

F43.20 *Кратковременная депрессивная реакция*

Кратковременная депрессивная реакция — транзиторное (не более месяца) мягкое депрессивное состояние.

F43.21 *Пролонгированная депрессивная реакция*

Легкое депрессивное (не более 2 лет) состояние как ответ на длительное пребывание в стрессовой ситуации.

F43.22 *Смешанная тревожная и депрессивная реакция*

Тревожные и депрессивные симптомы, но выраженные не больше чем в смешанном тревожном и депрессивном расстройстве (F41.2) или в другом смешанном тревожном расстройстве (F41.3).

F43.23 *С преобладанием нарушения других эмоций*

Сочетание нескольких типов эмоций, таких как тревога, депрессия, беспокойство и гнев; регресс поведения у детей (энурез или сосание пальца).

F43.24 *С преобладанием нарушения поведения*

Реакция горя в виде агрессивного или диссоциального поведения (обычно у подростков).

F43.28 *Другие специфические преобладающие симптомы*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено конкретной формой представленных нарушений.

F43.8 *Другие реакции на тяжелый стресс*

К данным расстройствам относятся состояния, возникшие в связи с тяжелым соматическим заболеванием, ставшим для пациента психотравмирующим событием (нозогенные реакции), невротические реакции, проявляющиеся опасениями по поводу своего нездоровья и невозможности полной социальной реабилитации. Отмечается гипертрофированная субъективная оценка угрожающих здоровью последствий соматического заболевания.

При затяжных состояниях на первый план выступают ригидная ипохондрия с тщательной регистрацией признаков телесного неблагополучия, установление щадящего режима, «предохраняющего» от возможных осложнений или обострений перенесенного соматического заболевания. В некоторых случаях у больных с угрожающим жизни заболеванием встречается синдром патологического отрицания болезни.

Терапия расстройств F43.2–F43.8.

Фармакотерапия: алимемазин, диазепам, левомепромазин, пипофезин, пирлиндол, сульпирид, тиоридазин, хлорпротиксен, хлорпромазин. См. Приложение 1.

Психотерапия.

F44 Диссоциативное (конверсионное) расстройство

В этот блок психических расстройств входят психопатологические проявления, ранее традиционно рассматривавшиеся как истерические неврозы, психотические состояния, возникающие по механизму конверсии. Явно психогенный характер расстройств и их «выгодность» для пациента может вызывать подозрения о симулятивном поведении. Однако эти особые психопатологические проявления — болезненные состояния со специфическими патогенетическими механизмами.

Расстройство по времени тесно связано с объективно доказанной или очевидной конфликтной ситуацией (травматическое событие, неразрешимые проблемы, нарушение межперсональных взаимоотношений), даже если таковая отрицается больным. Чаще конверсионное расстройство возникает и прекращается внезапно, но некоторые (параличи и анестезии) развиваются постепенно и сохраняются длительно.

F44.0 *Амнезия*

Характеризуется нарушением памяти, прежде всего на недавние (стрессовые) события, сопровождается депрессивными переживаниями. Эта утрата памяти, связанная с психотравмирующими событиями. Она чаще бывает частичной, не вызванной органическим поражением мозга или интоксикацией.

F44.1 *Фуга*

Внезапно наступившее хаотичное, бессмысленное двигательное беспокойство. Больной мечется, кричит, молит о помощи, иногда бросается бежать безо всякой цели. Это поведение возникает на фоне психогенного сумеречного расстройства сознания с нарушением ориентировки в окружающем и последующей амнезией. Отмечаются неосознаваемые уходы из дома, с работы. Поведение больного в этих ситуациях внешне выглядит упорядоченным. Период фуги больным амнезируется.

F44.2 *Ступор*

Внезапная обездвиженность. Несмотря на смертельную опасность, человек застывает, не может сделать ни одного движения, не в силах произнести ни слова (мутизм). Ступор обычно длится от нескольких минут до нескольких часов. В тяжелых случаях это состояние затягивается. Наступает выраженная атония или напряженность мышц. Больные лежат в эмбриональной позе или вытянувшись на спине, не принимают пищу. Глаза широко раскрыты, мимика отражает испуг либо безысходное отчаяние. Психомоторная заторможенность может не достигать степени ступора. В таких случаях больные доступны контакту, хотя отвечают кратко, с задержкой, растягивая слова. Моторика скована, движения замедлены. Сознание сужено или же больной оглушен. Иногда картина острого психогенного ступора определяется выраженным страхом: мимика, жестикуляция выражают ужас, отчаяние, страх, растерянность.

F44.3 *Трансы и состояния одержимости*

Временная потеря идентификации собственной личности и осознания окружающего. Отмечается ограниченный и повторяющийся набор высказываний, движений. В некоторых случаях больной испытывает чувство одержимости, внимание и сознание могут быть ограничены. Эти состояния следует дифференцировать с шизофренией, с органическими поражениями мозга и действием ПАВ.

F44.4–F44.7 *Расстройства движений*

F44.4 *Расстройства моторики*

К двигательным нарушениям при истерии относятся судорожные припадки, парезы, параличи, в том числе весьма характерная для истерии астазия-абазия, гиперкинезы, контрактуры, мутизм, истерический ступор и др.

F44.5 *Судорожные расстройства*

Наблюдаются судороги, похожие на эпилептические. Все эти расстройства не обусловлены каким-либо другим заболеванием или органическим процессом. Отсутствуют прикусывание языка, последствия внезапных падений, непроизвольное мочеиспускание, выключение сознания.

F44.6 *Анестезия и утрата чувствительности*

Сенсорные нарушения проявляются разнообразными расстройствами чувствительности в виде анестезии, гипостезии, гиперестезии и парестезии (зуд, жжение), болями, потерей слуха и зрения. Нарушения чувствительности часто соответствуют зонам иннервации. Истерические боли — яркие, необычные, подробно и пространно описываются пациентами.

F44.7 *Смешанные расстройства*

В состоянии больных отмечается полиморфная симптоматика, включающая различные виды расстройств.

F44.8 *Другие диссоциативные* (*конверсионные*) *расстройства*

F44.80 *Синдром Ганзера*

При синдроме Ганзера перечисленные ниже расстройства могут возникать одновременно. Беспомощность в ответах на простейшие вопросы, неспособность правильно назвать части тела, отличить правую и левую сторону сочетается у больных с дезориентировкой. Ответы неправильные, в то же время пациент понимает смысл заданного вопроса (миморечь, мимоговорение). Могут наблюдаться галлюцинации. Сходные с синдромом Ганзера признаки наблюдаются при синдроме «одичания», проявляющемся имитацией поведения различных животных.

F44.81 *Расстройство множественной личности*

Характеризуется убежденностью больных в том, что в них сосуществуют несколько разных личностей, проявляющих себя отдельно и иногда внезапно (как правило, при наличии психотравмирующих ситуаций).

F44.82 *Транзиторные расстройства, возникающие в детском и подростковом возрасте*

Проявляются различными диссоциативными расстройствами у детей и подростков, обычно кратковременными.

F44.88 *Другие уточненные диссоциативные* (*конверсионные*) *расстройства. Синдром псевдодеменции*

Типична временная утрата простейших знаний, навыков; данное состояние возникает преимущественно на фоне суженного сознания. Контакт с больным крайне затруднен, отмечается миморечь и мимодействия, больные не могут правильно отвечать на вопросы, выполнять элементарные действия. Часто больные гримасничают, дурашливы.

Пуэрилизм. Характеризуется «детским» поведением. На фоне суженного сознания у больных отмечаются детская речь, моторика, эмоциональность. В поведении наблюдаются поступки, свойственные раннему детскому возрасту, — больные играют в игрушки, передвигаются мелкими шажками, шепелявят, используют уменьшительные суффиксы.

F44.9 *Неуточненное диссоциативное* (*конверсионное*) *расстройство*

Характеризуется клиническими проявлениями, сходными с состояниями вышеприведенной рубрики, но не соответствующими каким-либо конкретным формам.

Терапия расстройств F44–F44.88.

Фармакотерапия: алимемазин, диазепам, левомепромазин, карбамазепин, пипофезин, пирлиндол, сульпирид, тиоридазин, хлорпротиксен, хлорпромазин, циталопрам. См. Приложение 1.

Психотерапия.

F45 Соматоформное расстройство

Основной особенностью этой группы расстройств являются жалобы на различные болезненные ощущения — больные связывают свои переживания с каким-либо возможным соматическим заболеванием. Несмотря на наличие объективных данных, на заключения специалистов об отсутствии патологии, больные продолжают обращаться к врачам с жалобами и настаивают на проведении дополнительных обследований.

Расстройства различны по проявлениям, их выраженность и симптоматика часто меняются, продолжаются годами до того, как больной попадает в поле зрения психиатра.

Выделяют:

- соматоформные расстройства в связи с дисфункцией системы или органа, которые преимущественно или полностью находятся под контролем вегетативной нервной системы. Сюда входят расстройства кардиоваскулярные, респираторные, гастроинтестинальные и т.д.;
- постоянное соматоформное болевое расстройство. В данной группе доминируют жалобы па постоянную, выраженную болезненность, которая не может быть объяснена физиологическими механизмами или соматическими нарушениями. Боль обычно связана с эмоциональными конфликтами или психосоциальными проблемами.

F45.0 *Соматизированное расстройство*

Характерны постоянные жалобы больного на соматические симптомы, уверенность в наличии соматического заболевания. Длительность состояния не менее 2 лет. Как правило, отмечается нарушение семейной адаптации. Отношение к попыткам объяснить симптоматику психологическими причинами негативное. В состоянии больных присутствуют тревожные и депрессивные переживания.

F45.1 *Недифференцированные соматические расстройства*

Жалобы больных полиморфные, меняющиеся, не укладывающиеся в типичную структуру соматизированного расстройства.

F45.2 *Ипохондрическое расстройство*

Ведущий признак расстройства — постоянная озабоченность больного возможным наличием у него одного или более прогрессирующих тяжелых заболеваний. Пациент находит у себя те или иные признаки заболеваний, хотя они сами по себе не свидетельствуют о наличии патологии. В данный раздел включена небредовая дисморфофобия.

F45.3 *Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы*

Отмечаются два типа симптомов:

- вегетативное возбуждение — сердцебиение, гипергидроз, эритема, тремор;
- субъективные симптомы — боли, жжение, чувство тяжести, вздутия и т.д.

Соматовегетативные нарушения могут относиться к любой из систем организма. Желудочно-кишечные расстройства — это нарушения глотания, чувство «комка» в горле, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, метеоризм, запор. Нарушения со стороны сердца и легких могут быть выражены одышкой, чувством нехватки воздуха, болями в области сердца, сердцебиением, аритмией. Нарушения в урогенитальной сфере — резями при мочеиспускании, чувством переполнения мочевого пузыря, сексуальными расстройствами, мнимой беременностью.

F45.4 *Устойчивое соматоформное болевое расстройство*

Характеризуется устойчивыми алгическими ощущениями без наличия конкретных признаков соматического (неврологического) заболевания.

F45.8 *Другие соматоформные расстройства*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено в конкретной форме представленных нарушений.

F45.9 *Соматоформное расстройство неуточненное*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

Лечение конверсионных расстройств. Прежде всего необходимо по возможности устранить травмирующие психику обстоятельства либо смягчить их влияние. Иногда положительное воздействие оказывает перемена обстановки. Главное место в лечении истерии отводится психотерапии, в частности рациональной. Многократные настойчивые и целенаправленные беседы с больным способствуют выработке у него правильного отношения к причинам заболевания. Для устранения отдельных симптомов истерии применяют внушение (суггестию) в бодрствующем или гипнотическом состоянии. В некоторых случаях эффективны аутогенная тренировка, косвенное внушение, применение физиотерапевтических процедур или лекарственных веществ, массаж, различные виды электролечения с разъяснением их терапевтической роли. При повышенной эмоциональной возбудимости и неустойчивости настроения рекомендуются различные седативные средства, транквилизаторы и легкие антидепрессанты. При истерии на-

значают общеукрепляющую терапию, витаминотерапию, санаторное лечение.

Прогноз обычно благоприятный. В некоторых случаях при длительной конфликтной ситуации возможен переход истерического невроза в истерическое развитие личности.

Терапия расстройств F45.0–F45.9

Фармакотерапия: алимемазин, диазепам, левомепромазин, карбамазепин, пипофезин, пирлиндол, сульпирид, тиоридазин, феназепам (краткие курсы), хлорпромазин, хлорпротиксен, флувоксамин, циталопрам. См. Приложение 1.

Психотерапия.

F48 Другие невротические расстройства

F48.0 *Неврастения*

Диагностические критерии неврастении включают:

- наличие психотравмирующей ситуации, чаще затяжного характера;
- отсутствие указаний на перенесенные соматические заболевания;
- отсутствие неврологических органических симптомов.

Неврастения — распространенная форма неврозов — состояние раздражительной слабости: сочетание повышенной раздражительности и возбудимости с выраженной утомляемостью. Раздражительная слабость проявляется в чрезмерной силе и быстром истощении эмоциональных реакций. Повышенная возбудимость нередко выражается в слезливости или нетерпеливости, суетливости. Больной утрачивает способность контролировать внешние проявления своих эмоций. Нарушается способность к концентрации внимания. Отмечаются жалобы на неприятное чувство пустоты в голове и неспособность думать. Настроение неустойчивое, тоскливое. Больные безвольны, ипохондричны, сосредоточены на своих болезненных ощущениях, теряют интерес не только к работе, но и к развлечениям. Сон поверхностный, с тревожными сновидениями, больные жалуются на сонливость днем и бессонницу ночью. Иногда снижается или пропадает аппетит, появляются запоры, изжога, чувство тяжести в желудке и другие диспепсические расстройства. Очень часто встречаются жалобы на головные боли стягивающего ха-

рактера. Соматовегетативные расстройства, обусловливающие многочисленные жалобы больных, напоминают соматическое заболевание. Отмечаются жалобы на сердцебиение, чувство замирания сердца, перебои, боли в области сердца, одышку и т.д.

Неврастения дифференцируется с астеническими состояниями при шизофрении в начальных стадиях органических заболеваний, а также с астеническими синдромами, возникающими в результате тяжелых соматических и инфекционных заболеваний, авитаминозов, черепно-мозговой травмы и др.

Астеноподобная симптоматика при шизофрении носит монотонный, постоянный характер. По мере развития болезни, она все меньше зависит от внешних условий, раздражительность становится все более неадекватной, вегетативные расстройства сменяются сенестопатиями. Астения часто сочетается с обсессивными, ипохондрическими, аффективными и деперсонализационными расстройствами. Диагностическое значение в этих случаях имеют признаки прогредиентности, свойственные шизофрении, появление негативных расстройств.

В случаях органических заболеваний астенические состояния выступают в рамках той или иной нозологической формы и сочетаются со свойственными этим заболеваниям симптомами и типом течения.

В начальной стадии прогрессивного паралича астеноподобная симтоматика выражена резко, больной практически не работоспособен. Сравнительно быстро присоединяются признаки острых психотических состояний и слабоумия.

При церебральном атеросклерозе отмечаются слабодушие, расстройства памяти, головокружение, колебания артериального давления и т.д.

При других органических заболеваниях выявляются свойственные им неврологические нарушения, а также органически обусловленные изменения интеллекта, памяти и личности.

При отграничении неврастении от соматогенных астенических состояний определяются перенесенные тяжелые соматические и инфекционные заболевания.

Терапия. Рационализация профессиональной деятельности, физиотерапия.

Фармакотерапия: галеновые адаптогены (женьшень, левзея, пантокрин), ноотропы (пирацетам, пиритинол), транквилизаторы (краткие курсы). См. Приложение 1.

Психотерапия.

F48.1 *Синдром деперсонализации–дереализации*

Деперсонализация — болезненное переживание пациентом собственной измененности, утраты идентичности, потери своего «Я».

Дереализация — болезненное переживание пациентом изменения окружающего мира. В чистом виде эти расстройства встречаются сравнительно редко, но они присутствуют в структуре депрессивных проявлений и обсессивно-компульсивных расстройств.

Фармакотерапия: пирлиндол, пипофезин, пирацетам, пиритинол, пантогам.

F48.8 *Другие уточненные невротические расстройства*

Эта группа включает смешанные состояния расстройств поведения, аффекта, объединяющиеся конверсионным (истерическим) генезом — так называемые культуральные синдромы. Возникают у лиц, находящихся в сложных психотравмирующих ситуациях, сходны в своих проявлениях, но имеют различные (в зависимости от страны) названия. Во всех случаях психических расстройств отмечается тесная связь данных расстройств с культуральными, социальными нормами.

Выделяют: расстройство Брике, синдром Дата, коро, лата, профессиональный невроз, включая писчий спазм, психогенный обморок.

F48.9 *Невротическое расстройство неуточненное*

Терапия аналогична лечению форм F48.0, F48.1.

Психотерапия (основной вид лечения).

5.6. F50–F59. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

В данную рубрику входят состояния, наблюдаемые и у практически здоровых людей. К патологическим состояниям могут быть отнесены те или иные отклонения от нормы, приводящие к существенному нарушению адаптации.

F50 Расстройства приема пищи

F50.0 *Нервная анорексия*

Нервная анорексия — состояние, возникающее, как правило, в подростковом возрасте и проявляющееся ограничением приема пищи (иногда до отказа от еды) с целью похудания.

Синдром нервной анорексии встречается при некоторых психических заболеваниях: неврозах, психопатиях, шизофрении, органических нейроэндокринопатиях. Возможно и отдельное заболевание — *anorexia nervosa*, эндореактивная пубертатная анорексия, особый вид патологического развития личности.

Девушки заболевают чаще, чем юноши; соотношение мужчин и женщин 1:10. Нервная анорексия отмечается в возрасте 14–18 лет, но возможно ее начало и в 20–28 лет.

Нервная анорексия рассматривается как заболевание, в возникновении которого участвуют биологические и психогенные механизмы. Наследственная отягощенность аналогичным заболеванием встречается редко. У сибсов нервная анорексия наблюдается в 1% случаев.

Определенное значение отводится эмоциональным конфликтам у преморбидной личности особого склада, гиперопеке со стороны матери. Условием возникновения заболевания служит дисгармонический пубертатный криз. Общие преморбидные черты: пунктуальность, педантизм, аккуратность, болезненное самолюбие, склонность к сверхценным и паранойяльным идеям. Заболевание часто провоцируют замечания окружающих относительно полноты подростка. Ведущий симптом нервной анорексии — отказ от еды — связан со сверхценной, реже навязчивой идеей об избыточной полноте с желанием исправить этот «недостаток» или не допустить его. Мысль об излишней полноте и стремление похудеть больные тщательно скрывают. Аппетит не утрачен, воздержание от еды требует определенных волевых усилий. Подростки прячут, выбрасывают пищу или тайком вызывают у себя рвоту после еды, принимают слабительные. Больные стремятся к безостановочной физической активности. Кроме сверхценной или навязчивой идеи похудеть и поведения, направленного на достижение этой цели, выявляется депрессия. Если на начальных этапах преобладают раздражительность, иногда тревога, напряженность и понижен-

ный фон настроения сочетаются с гиперактивностью, то в дальнейшем депрессия сопровождается вялостью, истощаемостью, гиподинамией.

По мере развития заболевания отмечаются вторичные соматоэндокринные изменения. Истощение может достигать кахексии, масса тела снижается на 10–50% от исходной. Кожа сухая, шелушащаяся, бледная, с землистым оттенком. Конечности холодные. Отмечаются признаки гиповитаминоза.

Выделяют следующие этапы заболевания:

- начальный, преданорексический или дисморфофобический;
- анорексический;
- кахектический;
- этап распада анорексической симптоматики.

Необходимо дифференцировать нервную анорексию в рамках пограничных состояний от шизофрении с анорексическим синдромом. При *шизофрении* более выражены дисморфофобические симптомы, отказ от еды заменяется нелепым, вычурным «пищевым поведением». Отказ от еды не сопровождается внутренней борьбой, характерной для больных с пограничными состояниями. При *шизофрении* в структуру синдрома нервной анорексии включаются симптомы иных регистров. Наибольшее значение имеет появление изменений личности.

При *депрессиях* наблюдается снижение объема употребляемой пищи, но не столь выраженно как при нервной анорексии.

Возможен отказ от пищи по бредовым мотивам, под влиянием императивных, обвиняющих или обонятельных галлюцинаций, а также как проявление кататонического негативизма.

При *болезни Симмондса* с характерыми проявлениями кахексии больной не боится располнеть, не сопротивляется лечению.

Терапия. Лечение нервной анорексии предпочтительно проводить в условиях стационара. При кахексии госпитализация обязательна.

Для преодоления отказа от еды назначают инсулин в дозе 4 ЕД внутримышечно, ежедневно прибавляя по 4 ЕД. Ежедневно назначают подкожные вливания 5% раствора глюкозы и изотонического раствора хлорида натрия. Для предотвраще-

ния рвоты к питательной смеси добавляют вещества, обладающие центральным противорвотным действием — галоперидол (5 капель 0,2% сиропа). Назначают высококалорийную диету, шестиразовое питание.

На втором этапе лечения больных переводят с постельного режима на полупостельный, а затем на общий. К продолжающейся общеукрепляющей терапии добавляют транквилизаторы — диазепам в индивидуальных дозировках, трициклические антидепрессанты.

Проводят рациональную психотерапию, аутогенную тренировку. Важна работа с родственниками, призванными создавать правильный режим для больных и осуществлять постоянный контроль за лечением.

F50.1 *Атипичная нервная анорексия*

Симптоматика состояния в целом совпадает с вышеописанной формой заболевания, однако в клинической картине отсутствует один или несколько ключевых симптомов типичной нервной анорексии. Терапия аналогична типичной форме расстройства, обязательна психотерапия.

F50.2 *Нервная булимия*

Характеризуется постоянной озабоченностью больного едой и непреодолимой тягой к пище, невозможностью удержаться от переедания. Больные стремятся к уменьшению веса. Для этого искусственно вызывают рвоту, злоупотребляют слабительными средствами, голодают, используют анорексигенные средства и диуретики. Больные отмечают постоянный страх ожирения (при невозможности отказаться от переедания). В анамнезе возможны эпизоды нервной анорексии.

F50.3 *Атипичная нервная булимия*

Симптоматика состояния в целом совпадает с вышеназванной формой заболевания, однако в клинической картине отсутствует один или несколько ключевых симптомов; эта патология сопровождается депрессивной симптоматикой.

F50.4 *Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами*

Состояние характеризуется постоянным или периодическим перееданием, что приводит к выраженному увеличению массы тела больного, являющимся реакций на дистресс.

F50.5 *Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами*

Возникает, как правило, при диссоциативных и ипохондрических расстройствах, при беременности.

F50.0 *Другие расстройства приема пищи*

Поедание несъедобных неорганических предметов у взрослых.

F50.9 *Расстройство приема пищи, неуточненное*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

F51 Расстройства сна неорганической природы

Расстройство включает две группы нарушений — *диссомнии*, при которых наблюдается эмоционально обусловленное нарушение качества или времени сна (инсомния, гиперсомния и расстройство цикла сон—бодрствование) и *парасомнии* — возникающие во время сна анормальные эпизодические состояния, т.е. снохождение, ночные ужасы и кошмары.

F51.0 *Бессонница неорганической природы*

Бессонница — состояние с субъективно неудовлетворяющей больного продолжительностью и/или качеством сна на протяжении значительного периода времени. Прежде всего нарушается фаза засыпания. Выраженный дистресс, обусловленный бессонницей, приводит к нарушениям психологической и социальной адаптации. Наличие других психиатрических симптомов, таких как депрессия, тревога или обсессия, не исключает диагноза бессонницы в том случае, если она является первичным по тяжести расстройством.

Фармакотерапия: амитриптилин (малые дозы), диазепам, дормиплант, глутаминовая кислота, золпидем, клозапин, клометиазол, клоназепам, левомепромазин, мелатонин, нитразепам, нотта, оксазепам, зопиклон, фенотропил, хлордиазепоксид, хлорпромазин, хлорпротиксен, эстазолам. См. Приложение 1.

F51.1 *Гиперсомния (сонливость) неорганической природы*

Состояние повышенной сонливости в дневное время и приступы сна (которые не объясняются недостаточной продолжительностью сна в ночное время), длительный переход к состоянию полного бодрствования после пробуждения. Имеются некоторые свидетельства психологической основы расстройства.

Для достоверного диагноза необходимы следующие клинические признаки: повышенная сонливость в дневное время или приступы сна, причиной которых не является недостаточная продолжительность сна, и/или продолжительный переход к состоянию полного бодрствования после пробуждения («опьянение сном»), расстройство сна отмечается ежедневно на протяжении более одного месяца или в виде повторяющихся более коротких периодов и приводит к нарушениям психологической и социальной адаптации. Необходимо исключить дополнительные симптомы нарколепсии (катаплексия, паралич сна, гипногогические галлюцинации) или клинические признаки апноэ сна (ночная остановка дыхания, повторяющиеся типичные храпящие звуки и прочие), отсутствие неврологического или соматического состояния, симптомом которого может быть сонливость в дневное время.

Фармакотерапия: женьшень, левзея, фитовит, пирацетам, пиритинол, церебролизин.

F51.2 *Расстройство режима сна–бодрствования неорганической природы*

При данном расстройстве индивидуальный режим сна—бодрствования десинхронизирован относительно желаемого графика, соответствующего конкретным социальным требованиям и разделяемого большинством людей в том же социальном окружении. Больной страдает от бессонницы в течение основного периода сна и от гиперсомнии в период бодрствования почти ежедневно на протяжении минимум одного месяца или повторяющимися эпизодами более короткой продолжительности.

F51.3 *Снохождение* (*сомнамбулизм*)

Состояние измененного сознания, при котором сочетаются феномены сна и бодрствования, наблюдается один или более эпизодов подъема с постели и хождения, что обычно имело место в первую треть ночного сна. Во время эпизода у больного пустое выражение лица с пристальным взглядом; он слабо реагирует на попытки окружающих повлиять на его поведение или вступить с ним в общение и требуются значительные усилия, чтобы разбудить его. При пробуждении (после эпизода или на следующее утро) воспоминание об эпизоде отсутствует.

В анамнезе данные об органических психических расстройствах отсутствуют.

F51.4 *Ужасы во время сна* (*ночные ужасы*)

Отмечаются эпизоды крайнего ужаса или паники, сочетающиеся с громкими выкриками, подвижностью и высокими уровнями вегетативной активности. Отмечается один или более эпизодов пробуждения от сна с паническим криком; эти эпизоды характеризуются интенсивной тревогой, подвижностью и вегетативной гиперактивностью, в частности тахикардией, учащенным дыханием, расширением зрачков. Больной слабо реагирует на попытки других людей повлиять на эпизоды ужасов во время сна, и такие попытки почти всегда приводят к дезориентировке и персеверативным движениям в течение нескольких минут. Воспоминание о событии очень ограниченное.

F51.5 *Кошмары*

Кошмары — насыщенные тревогой или страхом сны, которые больной помнит очень детально.

F51.8 *Другие расстройства сна неорганической природы*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено в конкретной форме представленных нарушений.

F51.9 *Расстройство сна неорганической природы неуточненное*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

Терапия расстройств F51.2–F51.8 аналогично лечению формы F51.0.

F52 Сексуальные расстройства, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями

Сексуальные расстройства включают различные варианты неспособности больного участвовать в половой жизни, в том числе — отсутствие интереса, удовлетворения, физиологических реакций, необходимых для сексуального взаимодействия, невозможность контролировать или переживать оргазм.

Фармакотерапия: см. Приложение 1.

F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не квалифицированные в других разделах

К данному разделу относятся психические расстройства, проявляющиеся не позднее 6 нед. после родов.

F53.0 *Легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах*

Психические расстройства представлены преимущественно тревожно-депрессивными нарушениями, нарушениями сна, пессимистической оценкой жизненных перспектив, нарушениями аппетита, растерянностью, стремлением ограничить контакты с окружающими.

F53.1 *Тяжелые психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах*

Характеризуются транзиторными психотическими расстройствами с полиморфной симптоматикой и регредиентным течением.

F53.8 *Другие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах*

Отмечаются признаки вышеперечисленных рубрик, но без определения конкретной формы нарушения.

F53.9 *Послеродовое психическое расстройство неуточненное*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик, однако без четкого определения генеза.

Терапия: если пациентка не кормит грудью — антидепрессанты, анксиолитики.

Психотерапия.

F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или болезнями, квалифицированными в других разделах

Раздел указывает на наличие у больного психологических факторов, имевших значение для развития отдельных психосоматических заболеваний (астма, дерматит и экзема, язва желудка, мукозный/язвенный колит, крапивница и др.).

Терапия: симптоматическая.

F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости

К данной патологии относится злоупотребление разнообразными медикаментами, патентованными препаратами и другими средствами лечения.

Характеризуется длительным без необходимости приемом лекарственных средств, как правило, в повышенных дозировках. Попытки исключить прием веществ встречают сопротивление, несмотря на возможность развития соматических нарушений.

Наиболее часто наблюдается злоупотребление следующими препаратами:

F55.0 *Антидепрессанты*

F55.1 *Слабительные*

F55.2 *Анальгетики* (ненаркотического типа)

F55.3 *Средства снижения кислотности*

F55.4 *Витамины*

F55.5 *Стероиды или гормоны*

F55.6 *Специфические травы и народные средства*

F55.8 *Другие вещества, которые не вызывают зависимости*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено в конкретной форме представленных нарушений.

F55.9 *Неуточненные*

Терапия состояний F55–F55.9 включает преимущественно психотерапию, физиотерапию.

F59 *Поведенческие расстройства, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами неуточненные*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик, без четкого определения генеза.

5.7. F60–F69 РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

F60–F62 Специфические, смешанные и другие расстройства, а также продолжительные расстройства личности. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (психопатии) — стойкие врожденные или приобретенные характерологические расстройства при общей сохранности интеллекта, приводящие к нарушениям межличностных отношений и адаптации к окружающему.

Расстройства личности диагностируют на основании трех основных критериев, предложенных П.Б. Ганнушкиным:

1) нарушения адаптации вследствие выраженных патологических свойств;

2) тотальность психопатических особенностей;

3) их относительная стабильность и малая обратимость.

Психическая дисгармоничность при личностных расстройствах зависит от чрезмерной выраженности одних психических свойств и недоразвития других. Так, например, повышенная эмоциональная ранимость и возбудимость отмечаются при слабости волевого контроля за поведением и аффективными реакциями, тревожность, неуверенность и подозрительность — при недостаточности адекватной оценки окружающего и чувства реальности; эгоцентризм, чрезмерные притязания в своей значимости — при отсутствии реальных способностей, возможностей.

Выраженность психических свойств, приводящих к нарушению межличностных отношений и социальной дезадаптации, может быть различной: от легких проявлений, встречающихся и в норме, что не создает дезадаптации, легко компенсируется, особенно в благоприятных условиях, до весьма значительных, свидетельствующих о наличии психопатии. Однако усиление этих признаков нельзя рассматривать как заострение нормальных черт личности. При психопатиях количественные изменения отдельных психических свойств, их совокупностей вызывает качественное изменение психического облика личности и особенностей характера межличностных отношений и социальной адаптации. Возможность адаптации в жизни при расстройствах личности зависит от гармоничности личности и внешних факторов. Психопатическая личность может быть удовлетворительно адаптирована в благоприятных для нее условиях (состояние компенсации), либо дезадаптирована (выраженные психопатологические проявления, возникающие при неблагоприятных условиях). Психопатии отличаются от заболеваний в собственном смысле, в том числе и от психических. Психопатии тесно интегрированы с особенностями личности, ее установками, в то время как болезни, включая и психические, являются чем-то чуждым для личности больного. Динамика психопатии имеет другие особенности по сравнению с динамикой болезней. При психопатии отсутствуют спонтанные ремиссии или выздоровление; в лечении психопатии ведущее значение принадлежит коррекции личности и перестройке отношения личности к себе и окружающему. Оценка распростра-

ненности психопатий затруднительна, так как лица с психопатией попадают под наблюдение врачей при декомпенсации их состояний или в случае криминальных действий.

Начало разработки клиники и сущности психопатии было тесно связано с развитием судебной психиатрии. Впервые попытки отграничения психопатии от других психических расстройств были предприняты отечественными психиатрами И.М. Балинским и О.М. Чечоттом. Ими в связи с проводившейся судебно-психиатрической экспертизой было отмечено, что некоторые лица на период совершения криминального действия формально не обнаруживали признаков душевного заболевания, но при этом их нельзя было также считать душевно здоровыми. Состояние таких лиц определялось как психопатическое (как это было указано в экспертном заключении профессора И.М. Балинского и О.М. Чечотта по поводу дела Семеновой в 1884 г.). Однако этот термин по своему содержанию отличается от применяемого сейчас. И.М. Балинский и О.М. Чечотт использовали термины «психопатия», «психопатические состояния» как показатель общей психической неполноценности личности, у которой в данное время не наблюдается выраженных признаков душевного расстройства, но при этом ее нельзя считать здоровой. Термины «психопатия» и «психопатические состояния» при этом проникли на страницы газет и журналов, которые много внимания уделяли освещению судебного разбирательства дела Семеновой. Этот термин стал нарицательным для лиц, отличающихся тяжелым характером.

В руководстве Э. Крепелина в систематике болезней специально была выделена группа психопатий с указанием их разновидностей. Были также отмечены их особенности и принципиальные отличия от других заболеваний. По мнению Э. Крепелина, они не имеют признаков прогредиентности заболевания, в то же время обнаруживают ряд существенных признаков, характеризующих личность больных. Существенный вклад в изучение клиники психопатий был сделан отечественным психиатром П.Б. Ганнушкиным. Им были сформулированы основные критерии психопатий, дисгармоничность личностных свойств, приводящих к нарушению социальной адаптации, рассмотрены взаимоотношения типов конституций и вариантов психопатий,

даны обстоятельные клинические характеристики психопатий. Многообразие психопатологических проявлений психопатий, различие в их динамике, условиях возникновения дали основания для дополнительной классификации клинических вариантов психопатических состояний. Так были выделены ядерные и краевые психопатии (О.В. Кербиков). Первые возникают в более раннем возрасте, чаще без видимых причин, отличаются более выраженными психическими нарушениями и приводят больных к стойкой дезадаптации. Краевые психопатии, патологические развития личности возникают в связи с действием неблагоприятных (эмоционально травмирующих) факторов. В последнее время были выделены так называемые акцентуированные личности (К. Леонгард). Эта группа занимает как бы промежуточное положение между психически здоровыми людьми и психопатическими личностями. У них нет, если можно так определить, психопатического дефекта личности, но по своим особенностям они отличаются от обычных людей. Эти особенности (акцент) не рассматриваются как болезненные проявления, хотя имеют свои психические разновидности и в трудных для личности условиях могут быть причиной срыва адаптации, нарушения межличностных отношений.

При психопатии не отмечается, как правило, расстройств восприятия в форме галлюцинаций. Однако возможны отдельные иллюзорные нарушения в условиях аффективной напряженности. Возможно также нарушение ощущений в форме сенестопатий, при этом они сходны с сенестопатиями, наблюдающимися при некоторых соматических заболеваниях. Психопатии не сопровождаются интеллектуальной патологией, как это имеет место при других психических заболеваниях в связи с органическим поражением центральной нервной системы или шизофренией. Вместе с тем психопатические личности отличаются обычно специфическим складом мышления в оценке своего «Я», понимания своей роли в межличностных отношениях. Имеется тенденция к одностороннему отбору информации, т.е. той информации, которая отвечает установкам личности, имеет для нее особую эмоциональную значимость. В то же время другая информация, не отвечающая или противоречащая этим критериям, игнорируется и отвергается. В связи с этим самооценка и по-

нимание сущности межличностных отношений, особенно когда затрагиваются интересы больных с психопатиями, далеко не объективны и подчас ошибочны. На этом основании указывалось на относительную интеллектуальную недостаточность больных психопатией. По этой же причине обращается внимание на широко известный факт, что больные психопатией не в состоянии полностью извлекать необходимого урока из своих ошибок. Проявляя известную несостоятельность в оценке явлений и событий, эмоционально значимых для них, в понимании абстрактных категорий они обнаруживают те же способности и возможности, что и психически здоровые люди. Наиболее выраженные нарушения при психопатиях наблюдаются в эмоциональной и волевой сферах. Эмоциональные реакции, проявления у одних отмечаются чрезмерной выраженностью с бурными вспышками гнева и агрессивным поведением, у других — переживанием чувства собственной неполноценности, постоянной тревоги, страха. Это послужило основанием считать психопатами тех, от особенностей которых страдают окружающие или они сами (К. Шнайдер). Данные аффективные проявления относятся к категориям элементарных эмоций, они как бы занимают доминирующее место в аффективной жизни больного. Это обстоятельство дало повод некоторым специалистам считать главным признаком психопатии недоразвитие высших эмоций и квалифицировать их как олиготимии. Невротические симптомы постоянно сопровождают состояния декомпенсации и могут возникнуть под влиянием как неблагоприятных факторов, так и в связи с особенностями динамики психопатии. Неблагоприятными факторами могут оказаться соматические и инфекционные заболевания, интоксикации, состояния длительного эмоционального напряжения.

F60 Специфическое расстройство личности

F60.0 *Параноидное* (*параноическое*) *расстройство личности*

Главная особенность этого типа — склонность к образованию сверхценных идей, влияющих на поведение и характер социальной адаптации личности. У таких индивидов отмечается тенденция игнорировать факты, не совпадающие с их концепцией и фиксироваться на фактах, даже единичных, ее подтверждающих. Сверхценные идеи приобретают исключительную значимость для больного, доминируют в его сознании, эмоционально

насыщены. Критическое отношение к собственным переживаниям отмечается на ранних этапах формирования личностных нарушений, носит временный, малосущественный характер или отсутствует полностью.

Характерны ригидность, инертность психических процессов, фиксация на неприятных эмоциональных переживаниях, преимущественно проблемах межличностных отношений. Свойственна переоценка своих способностей и возможностей, подозрительность, эгоцентризм, склонность к бестактности в межличностном общении, упорному отстаиванию собственных интересов. Характерные постоянные, затяжные конфликтные ситуации с окружающими, настойчивая «борьба с недоброжелателями».

При сравнительной бедности идей и целей отмечается настойчивость к их воплощению и достижению. Эмоциональные переживания, важные для индивида, насыщены. Параноидные личности постоянно поглощены при внешнем сохранении формальной адаптации реализацией своих идей, мало реагируют на неудачи, любые критические замечания воспринимают враждебно, отвергают. Попытки переубеждения чаще всего ведут к еще большей замкнутости, конфликтным ситуациям. Достаточно часто наблюдается сутяжничество (кверулянтство) — упорное отстаивание «правоты» индивида в тех или иных производственных или межличностных конфликтах. Достаточно часто отмечаются идеи ревности, отношения, иногда ипохондрические переживания. Особый вариант параноических личностей — фанатики, исключительно эмоционально относящиеся к выполнению «своего» (иногда «общественного») дела. Характерна аффективная напряженность и одновременно недостаточность или отсутствие положительных эмоциональных переживаний. Сверхценные и паранойяльные идеи устойчивы, мало коррегируются, возможны их дальнейшее развитие и систематизация.

Фармакотерапия: галоперидол, трифлуоперазин, тиоридазин, перициазин (малые дозы), диазепам, феназепам.

Психотерапия.

F60.1 *Шизоидное расстройство личности*

Данный вариант личности отличается замкнутостью, скрытностью, сравнительно малым кругом общения, фантастичностью переживаний, аутизацией. Свойственны эмоциональная неадек-

ватность, парадоксальность переживаний, чудаковатость поведения. Как правило, проявления личностного расстройства отмечаются уже в раннем возрасте, типичны малоподвижные игры, чаще в одиночестве. Эмоциональные переживания шизоидных личностей характеризуются достаточной напряженностью (при внешней бесстрастности) и определенной избирательностью — возможно равнодушное отношение к существенным производственным, семейным, межличностным проблемам и выраженные, иногда сверх всякой меры, эмоциональные реакции при ситуациях, значимых для индивида.

Суждения носят довольно поверхностный характер, часто отмечается склонность к резонерским высказываниям. Затруднено налаживание контактов с окружающими, особенно в новом коллективе. Шизоидные личности сравнительно адаптированы в привычных группах общения, склонны к монотонному труду, не требующему проявления инициативы и серьезных усилий. Внимание преимущественно направлено на определенные, эмоционально важные для них вопросы. Часто существенные бытовые проблемы не вызывают интереса, считаются малозначимыми.

Среди шизоидных личностей могут быть выделены сенситивные (эмоционально лабильные, мнительные), холодные (эмоционально равнодушные), экспансивные (эмоционально эгоцентрированные, безапелляционные) типы.

Фармакотерапия: галоперидол, диазепам, перфеназин, перициазин, сульпирид, тиоридазин, трифлуоперазин, феназепам.

Психотерапия.

F60.2 *Диссоциальное расстройство личности*

Характеризуется выраженным (часто демонстративным) асоциальным поведением. В состоянии отмечается равнодушие к чувствам окружающих, при сверхценном отношении к собственным, а также безответственность и пренебрежение к социальным правилам и обязанностям. Кроме того, больных с данным типом расстройства личности отличает невозможность (трудность) длительных взаимоотношений с окружающими, склонность к эксплозивным реакциям, агрессии. Больным свойственно обвинять окружающих в собственных жизненных неудачах без какой-либо реальной причины. Очень высок риск суб- и криминального поведения.

Фармакотерапия: галоперидол, перициазин (малые дозы), тиоридазин.

Психотерапия.

F60.3 *Эмоционально неустойчивое расстройство личности*

Лица этого типа отличаются крайней изменчивостью и непостоянством настроения, богатством и полиморфизмом эмоциональных переживаний, отражающих содержание конкретных ситуаций. Настроение колеблется по самому незначительному поводу, больные тяжело реагируют на психические травмы. Вследствие эмоциональной лабильности у таких лиц обычно нет устойчивых мотивов поведения, побуждений, влечений, интересов. Часто выявляются недостаточность волевых установок, повышенная внушаемость. В отдельных случаях наблюдаются возбудимость, невротические нарушения. Довольно часто у таких личностей отмечаются периоды устойчивой социальной и семейной адаптации.

F60.30 *Импульсный тип*

Характеризуется периодическими бурными аффективными реакциями (чаше всего при наличии дополнительной психотравмирующей ситуации), иногда эксплозивными реакциями агрессии и угрожающего поведения.

F60.31 *Пограничный тип*

Для этого типа личности свойственна выраженная эмоциональная неустойчивость, отмечается постоянное чувство опустошенности, часто наблюдаются выраженные эмоциональные переживания, суицидальное поведение. Лица с данным типом личности отличаются слабостью волевых качеств, повышенной внушаемостью.

F60.4 *Истерическое расстройство личности*

Наиболее характерно стремление казаться в собственном мнении и в глазах окружающих значительной личностью, что не соответствует реальным возможностям. Отмечается постоянное стремление к демонстрации превосходства, поиску лидерства, театральности в поведении. Истерические личности крайне эмоционально лабильны, внушаемы, склонные к позерству, преувеличению собственных переживаний и поступков, псевдологии.

При внешней демонстративности эмоциональных проявлений отмечается их кратковременность, адресация к окружающим. Истерические личности эгоцентричны, конфликтны. При выраженных конфликтных ситуациях в состоянии больных могут наблюдаться невротические, соматические, иногда неврологические нарушения.

Фармакотерапия: алимемазин, диазепам, моклобемид, карбамазепин, перициазин, сульпирид, феназепам.

Психотерапия.

F60.5 *Ананкастное расстройство личности*

Характеризуется нерешительностью, постоянными сомнениями, чувством неполноценности, проявлениями астенизации. Ананкастические личности отличаются малоактивностью, избеганием сложных ситуаций, требующих инициативы и принятия самостоятельных решений.

Отмечается склонность к абстрактному рассуждательству на общие или малосущественные темы, высказывания, как правило, малоконкретны.

Характерны постоянный самоанализ и анализ тех или иных жизненных ситуаций без определенных выводов. Часто наблюдается выраженная тревожность; возможно формирование обсессивно-фобических проявлений.

Нерешительность в поведении может сочетаться с навязчивостью, постоянными требованиями от окружающих подтверждения правильности собственных действий.

Фармакотерапия: кломипрамин, клоназепам.

Психотерапия.

F60.6 *Тревожное, уклоняющее, избегающее расстройство личности*

Лица с таким личностным типом характеризуются постоянным внутренним чувством напряжения и тяжелых предчувствий, ощущением социальной дезадаптации, повышенной чувствительностью к критике в собственный адрес. Отмечается постоянное уклонение от выполнения социальных обязанностей, связанных с межличностными взаимоотношениями из-за страха возможной критики или неудачи. Свойственны повышенная чувствительность, ранимость в межличностных отношениях, что приводит

к ограничению контактов с окружающими. Эти черты личности особенно проявляются при необходимости принятия самостоятельных решений и совершения важных поступков.

Фармакотерапия: алимемазин, амитриптилин, миансерин, тиоридазин, тразодон.

Психотерапия.

F60.7 *Расстройство типа зависимой личности*

Личности данного типа характеризуются повышенной подчиняемостью внешним влияниям, нерешительностью, легко астенизируются, малоинициативны. Основополагающими критериями поведения зависимых личностей является мнение окружающих, а не самостоятельные жизненные установки. При наличии постоянного контроля поведения такие лица легко адаптируются. Они, как правило, общительны, контактны. Эмоциональные переживания не отличаются существенной интенсивностью. При отсутствии контроля поведение обычно дезорганизуется, возможны асоциальные поступки.

Фармакотерапия: амитриптилин, диазепам, феназепам.

Психотерапия.

F60.8 *Другие специфические расстройства личности*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено в конкретной форме представленных нарушений.

F60.9 *Расстройство личности неуточненное*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

В изучении **этиологии** и **патогенеза** психопатий сформировалось два подхода. Первый из них можно определить как конституционально-генетический. Согласно второму патологическое формирование склада личности определяется внешними факторами. В пользу первой концепции приводится ряд исследований и наблюдений о корреляции между телосложением человека и его характерологическими особенностями, более частое совпадение характерологических качеств у монозиготных, чем у дизиготных близнецов. Эти наблюдения подтверждаются также случаями, когда близнецы по различным обстоятельствам воспитывались раздельно приемными родителями. Данная концепция в целом заслуживает внимания, но

она, к сожалению, не раскрывает непосредственно механизма формирования психопатий.

В психиатрической и другой научной литературе накопилось достаточно данных, также указывающих на значение внешних факторов в развитии патологических личностных расстройств (психопатий).

Из внешних вредностей выделяются те, которые ведут к повреждению зачатка плода, родовые травмы, поражения головного мозга в раннем детстве. Высокий процент лиц с психопатическими проявлениями отмечен у перенесших родовые травмы и различные вредности в детстве, приводившие к нарушению развития центральной нервной системы, а в дальнейшем и к формированию психопатической дисгармоничности черт. Многие случаи, при которых наряду с психопатическими проявлениями определяются очевидные признаки поражения центральной нервной системы, относят к органическим психопатиям. Однако у высокого процента лиц с психопатиями органическая симптоматика не выявляется. Высокий процент личностных аномалий наблюдается у лиц, воспитывавшихся в условиях «неполной семьи» (отсутствие в семье одного из родителей), тяжелой конфликтной ситуации в семье. Отмечено также значение специфики взаимоотношений родителей с ребенком для формирования его характерологических особенностей. Так, гиперопека над ребенком ведет к развитию психастенических черт; воспитание по типу «кумира семьи» способствует формированию истерических черт; игнорирование нужд и интересов ребенка, отсутствие эмоционального тепла в отношении к нему, воспитание по типу «Золушки» могут сформировать астенические черты, аффективную возбудимость и т.д.

Другой подход к изучению психопатии — психодинамический. Согласно этой концепции психопатическое поведение обусловливается особой фиксацией на ранних стадиях развития. Формирование данных механизмов происходит в семье в результате особых взаимоотношений между ребенком и родителями. Эти механизмы патогенны, они возникают на превербальном этапе развития ребенка. Выделяются генетические факторы, вызывающие фиксацию, комплексы и защитные психологические механизмы, которые могут быть представлены как психопатологическими симптомами, так и криминальным поведением.

Психопатии не являются заболеваниями в собственном смысле этого слова. При их лечении ведущее значение принадлежит перестройке личностных установок, созданию правильного понимания принципов своих отношений с окружающими. Однако имеющиеся в настоящее время лекарственные средства, в частности психотропные, позволяют эффективно воздействовать лишь на отдельные проявления психопатий: эмоциональные расстройства, тревогу, возбуждение и т.д. Назначение психотропных препаратов для устранения аффективной патологии или контроля эмоциональных проявлений должно проводиться с учетом особенностей их симптоматики и возможного общего действия на состояние больного и только в случаях декомпенсации состояния пациента.

При психопатии часто отмечается нарушение сна. Иногда нормализация сна происходит после приема транквилизаторов. Если этого не отмечается, следует назначать снотворные. При паранойяльных реакциях показаны нейролептики. При сочетании паранойяльных реакций с аффективными лечение должно быть комбинированным. При выборе психотропных средств лечения (преодоления декомпенсации) психопатии необходимо иметь в виду применение препаратов с более широким антипсихопатическим действием. К таким препаратам относятся перициазин и алимемазин. Значение психотропной терапии возрастает в случаях декомпенсации психопатии, когда заостряются психопатические и невротические проявления. По общему признанию специалистов, ведущая роль в лечении психопатии должна принадлежать психотерапии. Лишь с помощью психотерапии можно изменить установки личности, внести коррекцию в представление личности о своем «Я» и помочь ей найти пути построения правильных межличностных взаимоотношений. Методы психотерапии могут быть разные: индивидуальные и коллективные. Конкретные формы, виды психотерапии применяются с учетом формы психопатии, личностных особенностей и проблем пациента. В ряде западных стран в связи с психодинамическими воззрениями на природу психопатий их лечение проводится главным образом с помощью психоанализа. Целью такого лечения служит выявление подсознательных комплексов, отреагирование их больным,

коррекция поведения. Психоанализ проводится индивидуально месяцами и годами. С этими же целями применяется и психодрама. В специально разыгрываемых сценах, где больной может быть участником или зрителем, представляются эпизоды из его жизни в детстве с целью помочь ему отреагировать болезненные комплексы.

Эффективная профилактика психопатий — важнейшая социально-медицинская проблема, цель которой — создание материальных и духовных условий для всестороннего и гармоничного развития личности.

F61 Смешанные и другие расстройства личности

Раздел малодифференцированных нарушений, имеются признаки нескольких расстройств из F60, но без преобладания симптоматики, которая позволила бы провести более специфическую диагностику личностного расстройства.

Характеризуются преимущественно симптоматикой тревоги, аффективной лабильности.

F61.0 *Смешанные расстройства личности*

Симптоматика личностных нарушений носит полиморфный характер, включает признаки различных форм личностных расстройств и не может быть отнесена к какой-либо конкретной форме.

F61.1 *Причиняющие беспокойство изменения личности*

Симптоматика аналогична варианту F61.0, сопровождается периодическими (постоянными) нарушениями социальной адаптации.

Фармакотерапия: антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики, нейролептики (малые дозы). Выбор препарата определяется доминирующей симптоматикой.

F62 Стойкие расстройства личности, несвязанные с повреждением или заболеванием мозга

Группа личностных расстройств и поведенческих нарушений, возникающих в связи с переживанием чрезвычайных длительных эмоциональных стрессов или после тяжелого психического заболевания у лиц, у которых не было ранее личностных расстройств. Личностные изменения должны быть значительны и связаны со стойким дезадаптивным поведением, которого не было до этих случаев.

F62.0 *Стойкие расстройства личности после переживания катастрофы*

Данные расстройства возникают в результате воздействия крайне неблагоприятных психотравмирующих ситуаций. Изменения личности проявляются ухудшением межличностных отношений и профессионального функционирования. Из психопатологических признаков диагностически значимы: враждебность или недоверчивость к окружающим, отчужденность, ощущение пустоты и безнадежности.

Фармакотерапия: алимемазин, амитриптилин, диазепам, карбамазепин, моклобемид, перициазин, сульпирид, тиоридазин, феназепам.

Психотерапия.

F62.1 *Стойкие расстройства личности после психического заболевания*

Стойкие изменения личности после психического заболевания характеризуются снижением интересов, пассивностью, нарушением межличностных отношений. Отмечается чрезмерная зависимость и требовательное отношение к окружающим. Характерны соматические жалобы, формирование ипохондрических реакций, значительное нарушение социальной адаптации. Интенсивность эмоциональных переживаний снижается. Такие изменения следует дифференцировать с существовавшими изменениями личности до болезни или проявлениями неполного выздоровления, например, при резидуальной шизофрении.

Фармакотерапия: алимемазин, амитриптилин, карбамазепин, перфеназин, тиоридазин.

Психотерапия.

См. также Приложение 1.

F63 Расстройства привычек и влечений

Расстройства характеризуются повторяющимися поступками неопределенной мотивации, которые в общем противоречат интересам самого пациента и других людей, поведение вызвано влечениями, которые не могут быть контролируемы, причины этих состояний непонятны.

F63.0 *Патологическое влечение к азартным играм*

Основным признаком является постоянно повторяющееся участие в азартной игре, что продолжается и часто усиливается,

несмотря на социальные последствия, такие как обнищание, нарушение внутрисемейных взаимоотношений и т.д.

Показана психотерапия, социотерапия. Фармакотерапия назначается в случаях выраженных тревожных, аффективных нарушений (антидепрессанты, транквилизаторы).

F63.1 *Патологическое влечение к поджогам* (*пиромания*)

Повторные поджоги без очевидных мотивов.

F63.2 *Патологическое влечение к воровству* (*клептомания*)

Влечение к краже предметов, что не связано с личной необходимостью в них или материальной выгодой, часто украденные вещи выбрасываются.

F63.3 *Трихотилломания*

Постоянное стремление к вырыванию собственных волос, что сопровождается чувством внутренного облегчения и удовлетворения.

F63.8 *Другие расстройства привычек и влечений*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено в конкретной форме представленных нарушений.

F63.9 *Расстройство привычек и влечений неуточненное*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик, без четкого определения генеза.

Лечение расстройств F63.1–F63.9

Выбор терапии определяется выраженностью и стойкостью синдрома, проводится на основе сочетания психотерапевтических, лечебно-педагогических методов.

Фармакотерапия (аналогична терапии влечений при шизофрении): перициазин, тиоридазин, хлорпротиксен.

F64 Расстройства половой идентификации

Проявляется стремлением быть принятым в качестве лица противоположного пола. Обычно сочетается с чувством дискомфорта от своего анатомического пола; желанием получать гормональное и хирургическое лечение с целью изменить свое тело. Ведущим фактором в формировании восприятия собственного пола являются особенности личности родителей, их отношения между собой и с ребенком. Важным становится усвоение половых ролей среди сверстников. Недостаточное

подкрепление соответствующего поведения может способствовать нечеткости полового самосознания у ребенка. З. Фрейд полагал, что в основе половой идентификации лежит чрезмерное отождествление ребенка со своим родителем противоположного пола. Половая идентичность формируется примерно к трем годам и чрезвычайно устойчива.

F64.0 *Транссексуализм*

Клинические проявления — дискомфорт от принадлежности к своему полу и стремление изменить его. Стереотип поведения и характер одежды соответствуют противоположному полу. Больные, как правило, асексуальны.

Гомосексуальное поведение рассматривается больными как проявление нормальной сексуальности, желательной для больного половой принадлежности. Отмечается высокая коморбидность с другими расстройствами личности и злоупотреблением психоактивными средствами. Диагноз ставится на основании комплекса клинических симптомов: желании обрести принадлежность к противоположному полу в сочетании со стремлением соответствующего хирургического и терапевтического лечения, длительностью не менее двух лет. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с бредовыми расстройствами, при которых отсутствует постоянное сохранение своей биологической половой принадлежности.

Наиболее целесообразна психотерапевтическая помощь, однако в настоящее время отсутствуют эффективные психотерапевтические методы, помогающие большинству этих больных.

Хирургическая коррекция пола может применяться только в случаях длительного проживания в роли другого пола (несколько лет) и абсолютного исключения бредовых мотивов этого стремления.

F64.1 *Трансвестизм двойной роли* (*трансролевое поведение*)

Трансвестизм с сохранением обеих половых ролей. При этой разновидности трансвестизма больные не озабочены вопросами анатомического изменения своего пола и не стремяться избавиться от первичных и вторичных половых признаков. Их иногда называют вторичными транссексуалами. Разные степени выраженности расстройства отражаются в частоте ношения одежды

другого пола. Вне переодевания эти лица обычно по внешнему виду соответствуют своему биологическому полу. Диагностически значимо ношение одежды другого пола с целью ощутить (временно) свою принадлежность к нему, отсутствие мотива сексуального возбуждения для переодевания, а также отсутствие стремления изменить свой пол.

F64.8 *Другое расстройство половой идентификации*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено в конкретной форме представленных нарушений.

F64.9 *Расстройство половой идентификации неуточненное*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

Лечение расстройств F64.0–F64.9.

Терапия расстройств комплексная, включающая психокоррекционные психотерапевтические мероприятия (рациональная, когнитивная, информационально-разъяснительная, семейная), в последующем — при стойкости нарушений — гормональная заместительная и хирургическая коррекция пола.

F65 Расстройства сексуального предпочтения

Основными критериями являются повторно возникающие интенсивные по своей силе сексуальные влечения, связанные с необычными предметами и поведением, которые определяют поступки и действия личности и наблюдаются на протяжении не менее чем полугода. Эти расстройства обычно не сопровождаются субъективными негативными переживаниями, поэтому пациенты редко сами обращаются за медицинской помощью.

F65.0 *Фетишизм*

Использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения.

Чаще всего сексуальное влечение фиксируется на предметах одежды, обуви. Фетишизм может быть диагностирован, если он является ведущим фактором сексуальной стимуляции.

F65.1 *Фетишистский трансвестизм*

Переодевание в одежду противоположного пола, чтобы сделать внешность субъекта похожей на внешность, свой-

ственную противоположному полу для достижения сексуального возбуждения.

Фетишный трансвестизм проявляется ведущим синдромом отвергания пола, который характеризуется патологическим влечением к кросс-дрессингу (обсессивно-компульсивный патосексуальный синдром), — проявление психофизической зависимости (потребность в использовании средств и способов внешнего перевоплощения в лицо противоположного пола или сам процесс такого перевоплощения). Отвергание собственного пола в сочетании с требованием изменить его биологическую и паспортную принадлежность является устойчивой установкой.

Период патосексуального развития включает доклинический и клинический этапы.

Терапия фетишного трансвестизма комплексная и включает патогенетическую терапию, назначение гормональных препаратов, возможно применение производных бутирофена, бензодиазепина, солей лития. Психотерапия является одним из основных подходов в этих случаях. Установление диагноза фетишного трансвестизма с синдромом отвергания пола служит абсолютным противопоказанием для изменения биологического и гражданского пола, так как утяжеляет саму болезнь.

F65.2 *Эксгибиционизм*

Влечение к демонстрации собственных половых органов в общественных местах без предложения сексуального контакта.

Демонстрация половых органов, как правило, проводится внезапно, чаще всего лицам противоположного пола, сопровождается мастурбацией.

F65.3 *Вуайеризм*

Постоянное влечение подсматривать сексуальное или иное интимное поведение других людей.

F65.4 *Педофилия*

Сексуальное влечение к детям. Выделяют следующие варианты педофилии — навязчивый, компульсивный, импульсивный, псевдорационалистический. Отмечается ограничение способности руководить своими действиями при навязчивом характере аномального сексуального влечения и ее невозмож-

ности при компульсивном и импульсивном типах. Нарушения эмоционального компонента идентичности в виде нарушений эмпатии и амбивалентности по отношению к объекту сексуального влечения, особенно выраженные при садизме, следует расценивать как факторы, ограничивающие вменяемость (Введенский Г.Е., 2000). Педофилия часто встречается у лиц с остаточными явлениями органического поражения головного мозга.

F65.5 *Садомазохизм*

Причинение боли или унижение расценивается как мазохизм, в то время как садизм — причинение боли или унижение партнера.

F65.6 *Множественные расстройства сексуального предпочтения*

Наблюдается более одного нарушения сексуального предпочтения.

F65.8 *Другие расстройства сексуального предпочтения*

Включаются другие виды нарушения сексуального предпочтения и сексуальной активности — непристойные телефонные звонки, прикосновение к людям и трение о них в многолюдных общественных местах для сексуальной стимуляции (фроттеризм), сексуальные действия с животными (зоофилия), предпочтение сексуальных партнеров с какими-либо особыми анатомическими дефектами, трупом (некрофилия).

F65.9 *Расстройство сексуального предпочтения неуточненное*

Лечение расстройств F64.0–F64.9.

Основной метод лечения — психотерапия (нормализация партнерских сексуальных отношений).

Фармакотерапия показана в случаях выраженных аффективных нарушений.

F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией по полу

F66.x0 *Гетеросексуальный тип*

F66.x1 *Гомосексуальный тип*

F66.x2 *Бисексуальный тип*

F66.x8 *Другой тип, включая препубертатный*

F66.0 *Расстройство психосексуального созревания*

Пациент страдает от сомнений в собственной половой принадлежности или сексуальной ориентации, что приводит к тревоге или депрессии. Наиболее часто это имеет место в юношеском возрасте у лиц, которые не уверены в том, являются ли они гомосексуальными, гетеросексуальными или бисексуальными, или у лиц, которые после периода явно стабильной сексуальной ориентации обнаруживают, что их сексуальная ориентация изменяется.

F66.1 *Эгодистоническая сексуальная ориентация по полу*

Половая принадлежность или сексуальное предпочтение не вызывают сомнения, однако индивидуум хочет, чтобы они были другими по причине дополнительно имеющихся психологических или поведенческих расстройств, и может требовать лечение с целью их изменить.

F66.2 *Расстройства сексуальных отношений*

Расстройства сексуальных отношений вследствие нарушения сексуального предпочтения.

F66.8 *Другие расстройства психосексуального развития*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено в конкретной форме представленных нарушений.

F66.9 *Неуточненные расстройства психосексуального развития*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

Ведущая роль в лечении больных такими психическими расстройствами (F66–F66.9) принадлежит психотерапии. Лишь с помощью психотерапии можно изменить установки личности, исключить расширение конфликтов с проявлением агрессии (Ткаченко А.А., 1992; Шостакович Б.В., 1992, 1993, 1994; Коган Б.М., 1994; Потапов О.А., 1994 и др.).

Существуют и прямые психиатрические показания к лечению таких лиц, так как в большинстве случаев у них имеются признаки органического поражения головного мозга, аномалии конституции с заострением личностных особенностей, склонность к ситуационным психогенным реакциям и пьянству.

Терапия личностных расстройств проводится прежде всего при дезадаптации пациента. Усиление личностных особенно-

стей, наличие неадекватных аффективных реакций, часто при присоединении дополнительных психотравмирующих факторов, служат показанием для проведения как фармако-, так и психотерапии.

Эффективность профилактики патологических влечений — важнейшая социально-медицинская проблема. Ее актуальность возросла за последнее время в связи с увеличением числа лиц с девиантным поведением (в том числе агрессивно-садистическим) и со стойкой социальной дезадаптацией.

F68 Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте

F68.0 *Преувеличение соматических симптомов по психологическим причинам*

Характеризуется наличием симптомов соматического заболевания или инвалидности, которые становятся преувеличенными или пролонгированными благодаря психологическому состоянию больного. Отмечается поведение больного, направленное на привлечение внимания окружающих, включающее дополнительные жалобы несоматической природы.

Больные высказывают неудовлетворенность результатами лечения или обследований, выражают разочарование в связи с недостаточным вниманием, которое уделяется пациенту в клинических учреждениях.

F68.1 *Умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности, физического или психологического характера*

Периодическая или постоянная симуляция симптомов при отсутствии установленного соматического или психического расстройства. Могут наблюдаться самоповреждения в виде порезов и царапин. Терминологические определения — синдром Мюнхгаузена; «кочующий» больной, синдром завсегдатая больниц.

F68.8 *Другие уточненные расстройства личности и поведения в зрелом возрасте*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик в то же время состояние не может быть определено в конкретной форме представленных нарушений.

F69 *Расстройства личности и поведения у взрослых неуточненные*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза. Нарушения, перечисленные в рубриках F68–F69, могут быть отнесены к патологическим только при выраженной социальной дезадаптации. Возможны психологическая коррекция, а также проведение психотерапевтических процедур.

5.8. F70–F79 УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Умственная отсталость характеризуется задержкой или неполным развитием психики, прежде всего интеллекта. Выделяют врожденное слабоумие с признаками недоразвития (олигофрению), приобретенное слабоумие (деменцию) вследствие психических заболеваний, сочетающееся с распадом психической деятельности. Олигофрении — полиэтиологические заболевания, обязательные их диагностические критерии: интеллектуальная недостаточность и отсутствие прогредиентности.

Динамика олигофрении связана с возрастным развитием (эволютивная динамика) с декомпенсацией или компенсацией состояния, патологическими реакциями под влиянием возрастных кризов и различных экзогенных, в том числе психогенных, факторов.

Врожденные или возникающие в детстве прогредиентные заболевания, сопровождающиеся слабоумием, остаточные явления раннего органического поражения головного мозга с деменцией, а также вторичные задержки развития, обусловленные различными физическими дефектами, нарушениями речи, не относятся к олигофрениям. Следует также отличать от олигофрений транзиторные задержки развития у детей с хроническими соматическими заболеваниями, а также в случаях социальной педагогической и психологической запущенности.

Ведущим диагностическим критерием умственной отсталости считается количественная оценка интеллекта по стандартным психологическим тестам (интеллектуальный коэффициент — *IQ*). Диагностические критерии: легкая умственная отсталость *IQ* = 50–69; средней тяжести — *IQ* = 35–50; резко выраженная — *IQ* = 20–35; глубокая — *IQ* меньше 20.

F70 Умственная отсталость легкой степени

Умственная отсталость легкой степени — дебильность. Отмечается способность к обучению, возможны социальная адаптация, выполнение определенной, чаще всего простой работы. Для дебильности характерно конкретно-образное мышление в ущерб абстрактному. В то же время речь при легкой степени умственной отсталости достаточно развита, также как и механическая память. При обучении отмечается относительная успешность при усвоении простого учебного материала и существенные затруднения при необходимости формирования сложных ассоциаций, инициативы. В поведении отмечается склонность к монотонности, стереотипности действий наряду с периодическими аффективными реакциями, связанными с трудностями самоконтроля, импульсивностью действий.

Выделяют выраженную, среднюю и легкую (малоотличима от нижнего уровня нормального интеллекта) дебильность.

F71 Умственная отсталость умеренная

Имбецильность характеризуется выраженным нарушением развития интеллекта, существенными нарушениями речи (косноязычие, сравнительно бедный словарный запас). Развитие навыков самообслуживания сохраняется. Существенные трудности возникают при обучении — возможно формирование лишь отдельных простейших навыков, как правило, лица с умеренной умственной отсталостью нетрудоспособны. Эмоциональные переживания бедны, инертны. Отмечается повышенная внушаемость, подчиняемость. В то же время имбецилы обидчивы, особенно при неодобрении собственных действий со стороны окружающих. Значительные трудности возникают при необходимости адаптироваться к изменяющимся условиям жизни.

F72 Умственная отсталость тяжелая

Характеризуется выраженным нарушением интеллектуального развития, отдельными неврологическими симптомами, моторными нарушениями. Характерны значительное ограничение словарного запаса (как правило, используются отдельные слова или словосочетания), моторные нарушения речи. Трудности в формировании простейших навыков адаптации.

F73 Умственная отсталость глубокая

Идиотия характеризуется почти полным отсутствием речи и мышления, потребностью в постоянном уходе и надзоре. Могут наблюдаются отдельные неврологические, моторные нарушения, соматические дефекты. Внимание отсутствует или крайне неустойчиво; мало реагируют на внешние раздражители.

Крайне затруднено (или невозможно) формирование навыков самообслуживания. Отмечаются спонтанные аффективные реакции, сопровождающиеся криком, злобностью, аутоагрессивными действиями. Возможны попытки проглатывания несъедобных предметов, упорная мастурбация, агрессия к окружающим.

F78 Другая умственная отсталость

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено в конкретной форме представленных нарушений.

F79 Неуточненная умственная отсталость

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

Олигофрении возникают вследствие генетических факторов, анте-, пери- и постнатальных вредностей.

Олигофрению с неясной этиологией и неясной клинической картиной условно относят к «недифференцированной» в отличие от «дифференцированной», при которой известна этиология или достаточно изучена клиническая картина.

Олигофрении разделяются на простые («истинные»), при которых клиническая картина исчерпывается явлениями недоразвития, и осложненные, включающие, кроме признаков недоразвития, резидуальные симптомы органического поражения головного мозга и проявления психоорганического синдрома.

По этиологическому принципу олигофрении подразделяются на:

1. Наследственные формы умственной отсталости:

- хромосомные нарушения (синдром Клайнфелтера, Шерешевского—Тернера, синдром Дауна, трисомия X, синдром XYY, синдром Вильямса—Бойрена);
- синдромы с неясным типом наследования (синдром Рубинштейна—Тейби, синдром Корнелии де Ланге, умственная отсталость с гипертрихозом);

- моногенные синдромы (синдром Мартина—Белл);
- наследственные дефекты обмена (фенилкетонурия, мукополисахаридозы);
- факоматозы (нейрофиброматоз Реклингхаузена, туберозный склероз).

2. Умственную отсталость смешанной этиологии:

- микроцефалия;
- гидроцефалия;
- краниостеноз;
- врожденный гипотиреоз.

3. Умственную отсталость, обусловленную экзогенным воздействием:

- фетопатия (алкогольная);
- инфекционные эмбриопатии;
- гемолитическая болезнь (эритробластоз).

Наследственные формы умственной отсталости. *Синдром Клайнфелтера* диагностируется у лиц мужского пола, обусловлен увеличением общего числа хромосом (47,48, кариотип XXY и более), всегда преобладают X хромосомы. Отмечается гипогенитализм. Вторичные половые признаки выражены слабо. Высокий рост сочетается с евнухоидными пропорциями тела.

Синдром Шерешевского—Тернера диагностируется у лиц женского пола. Связан с одной X хромосомой (кариотип 45,X0). Отмечаются инфантилизм, дисплазии, малый рост, короткая широкая шея с крыловидной кожной складкой от сосцевидного отростка височной кости до акромиального отростка лопатки, нарушения сердечно-сосудистой системы.

Синдром Дауна определяется наличием дополнительной 21-й хромосомы. Отмечаются небольшой рост, короткие конечности и пальцы, небольшой череп с уплощенным переносьем. Верхняя челюсть часто недоразвита, нижняя выступает. Язык толстый, с грубыми поперечными бороздами. На ладонях атипично расположенные складки.

Трисомия X наблюдается только у женщин, характеризуется лишней X хромосомой (кариотип 47,XXX). Клиническая картина полиморфна, отмечаются умеренно выраженные дисплазии.

Синдром XYY встречается только у мужчин и определяется дополнительной Y хромосомой. Отмечаются высокий рост с евнухоидными пропорциями, агрессивное поведение.

Синдром Вильямса—Бойрена (синдром «лица эльфа») характеризуется специфическими чертами лица (сочетание закругленной форма носа, эпикант, сходящееся косоглазие, вислые щеки, большой рот, выступающий затылок), пониженной массой тела.

Синдром Рубинштейна—Тейби характеризуется специфическими особенностями строения лица и тела («загнутая» форма носа, короткий и широкий I палец руки и стопы, гипертелоризм, недоразвитость верхней челюсти), задержкой роста.

Синдром Корнелии де Ланге характеризуется существенным отставанием развития длины и массы тела, специфическим строением лица (вдавленная переносица, развернутые ноздри, сросшиеся брови, тонкие губы), деформацией позвоночника, грудины.

Умственная отсталость с гипертрихозом характеризуется собственно гипертрихозом, а также крипторхизмом, косолапостью, искривлением костей предплечья, депигментацией кожи, пониженным мышечным тонусом.

Синдром Мартина—Белл характеризуется ломкостью 10-й хромосомы (участок *Xq27.3*), отмечаются умеренная диспластичность, большая голова, «клювовидный» нос, гиперпластичная кожа, гипермобильность суставов.

Фенилкетонурия (фенилпировиноградная олигофрения) связана с нарушением обмена фенилаланина. Отмечаются депигментация, недоразвитость мозговой части черепа. Возможен специфический запах («мышиный», или «запах волка»). Мышечный тонус изменен. Вероятно развитие судорожных припадков.

Мукополисахаридозы (варианты I, II, III) характеризуются нарушением обмена глюкозаминоглюканов, накоплением в клетках кислых мукополисахаридов и повышенным их количеством в моче.

Для *нейрофиброматоза Реклингхаузена* типично наличие пятен кофейного цвета на коже (прежде всего в подмышечной впадине), кроме того, отмечаются подкожные опухоли, диспластичность тела, пороки строения тазобедренных суставов, сердца.

Туберозный склероз характеризуется депигментированными пятнами на коже и так назывемыми «сальными аденомами» — узелковыми высыпаниями на коже лица по типу «просяного зерна».

Умственная отсталость смешанной этиологии. *Микроцефалия* — уменьшение размеров черепа при относительном сохранении размера лица.

Гидроцефалия — увеличение размеров головы в связи с нарушением ликвородинамики и расширением желудочков и субарахноидальных пространств головного мозга. Отмечаются большой череп с выпуклым лбом и уплощенными орбитами, треугольное лицо — маленькое в сравнении с черепом. Роднички долго не зарастают. Характерны двигательные нарушения (парезы, параличи конечностей), застойные диски и атрофия зрительных нервов.

Краниостеноз — раннее срастание швов свода черепа, увеличение внутричерепного давления, деформация черепных костей.

Врожденный гипотиреоз определяется недостатком тиреоидина. Отмечаются замедление физического развития, диспропорция телосложения (длинное туловище, короткие конечности с широкими кистями и стопами, искривление голеней, резкий лордоз), недоразвитие половых органов и вторичных половых признаков, низкий лоб, широкая запавшая переносица с коротким носом, неправильное развитие зубов, деформация ушей, толстые губы.

Умственная отсталость, обусловленная экзогенным воздействием. *Фетопатия* (*алкогольная*) характеризуется микроцефалией, недоразвитостью передней части лица, гипоплазией верхней челюсти, укорочением глазных щелей.

Инфекционные эмбриопатии. *Рубеолярная эмбриопатия* связана с инфицированием зародыша вирусом краснухи от болеющей матери. Отмечаются пороки развития глаз, сердечно-сосудистой системы и слухового аппарата, а также дефекты зубов, общее физическое недоразвитие, пороки развития скелета и мочеполовых органов.

Умственная отсталость при врожденном сифилисе возникает вследствие специфического поражения плода. Характеризуется сочетанием последствий перенесенного внутриутробно менингоэнцефалита, кожных, соматических, неврологических нарушений. Отмечаются кожные высыпания, седловидный нос, триада Гетчинсона (полулунные выемки на верхних резцах, кератит, поражение среднего уха), периостит, искривление костей, прежде всего голеней.

Умственная отсталость при врожденном токсоплазмозе. Проявляется тетрадой симптомов — глазные нарушения (хо-

риоретинит, колобома, микрофтальмия, катаракта), внутримозговые кальцификаты, гидроцефалия (или микроцефалия), судорожные припадки.

Умственная отсталость вследствие цитомегалии. Отмечаются микроцефалия, микрофтальмия, атрофия зрительного нерва.

Гемолитическая болезнь (*эритробластоз*) возникает при иммунологической несовместимости крови матери и плода, чаще по резус-фактору. Отмечаются экстрапирамидные двигательные нарушения (атетоз), тугоухость.

Лечение олигофрении включает собственно терапию, психокоррекционные, реабилитационные, реадаптационные и профилактические мероприятия. Специфическая терапия возможна при разновидностях олигофрений с установленными этиологией и патогенезом. Диетотерапия эффективна при фенилкетонурии, антибиотикотерапия показана при врожденном сифилисе, компенсирующая терапия — при гипотиреозе. К симптоматическим средствам можно отнести ноотропы.

Коррекционные лечебно-педагогические мероприятия направлены на формирование навыков общения, создания приемлемых условий обучения, становления трудовых навыков.

Профилактика рубеолярной олигофрении состоит в предупреждении заболевания беременных краснухой. Профилактика олигофрении зависит от соответствующего обследования беременных на сифилис, токсоплазмоз, резус-принадлежность крови и т.п.

Реабилитация (реадаптация) больных олигофренией включает лечение, обучение и трудовое приспособление и непосредственно связана с организацией лечебно-профилактической и социальной помощи больным.

Основная роль в коррекции умственной отсталости принадлежит психолого-педагогическим методикам, направленным на развитие интеллектуальных способностей и практических навыков больного. Необходима семейная психотерапия с объяснением родным особенностей больного с обязательным указанием на положительные стороны его личности, нуждающиеся в развитии.

Медикаментозное лечение во всех случаях направлено в первую очередь на развитие интеллекта и на сопутствующую сим-

птоматику. Фармакотерапия проводится с учетом выраженности расстройства, наличием осложнений, возрастом больного; используются транквилизаторы, нейролептики (малые дозы), а также препараты дегидратирующего, цереброваскулярного, нейромедиаторного действия (глутаминовая кислота, галоперидол, винкамин, гопантеновая кислота, клопиксол, минисем, нивалин, левомепромазин, церебролизин, пиритинол).

5.9. F80–F89 РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ

К данному блоку расстройств отнесены расстройства, объединенные следующими общими характеристиками: начало заболевания обязательно приходится на младенческий или детский возраст.

Отмечается тесная связь повреждения или задержки в развитии функций с биологическим созреванием центральной нервной системы; непрерывное течение без ремиссий или рецидивов. Динамика расстройств включает постепенное исчезновение симптоматики по мере взросления (может наблюдаться недостаточность в поврежденной сфере в течение всей жизни); предшествующий период нормального развития отсутствует (за исключением некоторых расстройств, включенных в данную диагностическую группу), чаще встречается у мальчиков; имеются сведения о наследственной отягощенности подобными расстройствами.

В блок включены расстройства, наиболее часто относящиеся к компетенции психиатра.

Нарушения психического развития детей и подростков многообразны в своих проявлениях и зависят не только от действия различных патогенных (эндогенных и экзогенных) факторов, но и от возраста ребенка/подростка. Эти нарушения могут затрагивать всю психическую сферу. Психический дизонтогенез — патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций; наблюдается в детском возрасте (Ковалев В.В., 1982). Психические нарушения при дизонтогенезе отличаются от последствий перенесенных (или протекающих) эндогенных и органических расстройств. В этих случаях психический дизонтогенез представ-

ляет собой один из синдромов основного заболевания. Синдром незрелости нервно-психических функций в виде задержки психомоторного развития — причина формирований психоневрологических, недифференцируемых образований в структуре заболеваний не только нервной системы, но и хронической, соматической патологии, в том числе наследственно обусловленной. Нарушения психического развития, возникающие в раннем возрасте, могут лежать в основе психических расстройств, развивающихся в более старшем возрасте.

F80 Специфические расстройства развития речи и языка

Нарушена способность к речевому общению при сохранности у больного понимания окружающих и возможности невербального общения. Расстройства нельзя объяснить неврологическими или средовыми повреждающими факторами, а также умственной отсталостью. Имеющиеся у больного нарушения часто сопровождаются трудностями в освоении навыков счета и письма, эмоциональными и поведенческими расстройствами вследствие нарушения речевой функции.

По результатам обследования с помощью специальных тестов наблюдается отличие от средневозрастной нормы в развитии речи на два стандартных отклонения.

F80.0 Специфическое расстройство речевой артикуляции

F80.1 *Расстройство экспрессивной речи*

Характеризуется сравнительно малым словарным запасом, упрощенной фразеологией, не соответствующей интеллектуальному развитию.

F80.2 *Расстройство рецептивной речи*

Проявляется нарушением понимания речи ребенком при нормальном интеллектуальном развитии. Отмечается невозможность (затруднение) реагировать на знакомые названия, следовать простым инструкциям. Речь ребенка носит подражательный характер, часто без понимания смысла.

F80.3 *Приобретенная афазия с эпилепсией* (*синдром Ландау—Клеффнера*)

Характеризуется утратой ребенком ранее имевшихся навыков рецептивной и экспрессивной речи, эпилептическими припадками. Начало заболевания в возрасте 3–7 лет.

F80.8 *Другие расстройства развития речи и языка*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения формы нарушений.

F80.9 *Расстройство речи и языка неуточненное*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик в то же время состояние не может быть определено в конкретной форме представленных нарушений.

Коррекция нарушений речи (F80–F80.8) достигается с помощью специализированных логопедических занятий (индивидуальных и коллективных). Показаны логоритмика, общеукрепляющая терапия, лечебная физкультура. Применение психотропных средств целесообразно только при наличии психопатологической и неврологической симптоматики.

F81 Специфические расстройства развития учебных навыков

Расстройства невозможно объяснить неврологическими или средовыми повреждающими факторами, а также умственной отсталостью; они могут сопровождаться трудностями в развитии речи, дефицитом внимания, эмоциональными и поведенческими нарушениями. В освоении школьных навыков определяется отставание от средневозрастной нормы.

F81.0 *Специфическое расстройство чтения*

Проявляется нарушением навыков чтения, понимания прочитанного и связанных с этим заданий. Отмечаются трудности в заучивании текста, освоении алфавита, медленный темп чтения, замена текста добавлениями или своими словами.

F81.1 *Специфическое расстройство правописания* (*спеллингования*)

Характеризуется нарушениями правописания в сравнении с интеллектуальным развитием ребенка.

F81.2 *Специфическое расстройство арифметических навыков*

Проявляется нарушениями навыков счета, оцениваемых по специальным тестам.

F81.3 *Смешанное расстройство учебных навыков*

Выражается множественными нарушениями навыков чтения, правописания, счета.

Коррекция нарушений (F81–F81.3) осуществляется с помощью психолого-педагогических методик развития учебных навыков.

F84 Общие расстройства развития

Расстройства, характеризующиеся расстройствами социальной адаптации и общения в сочетании со стереотипными интересами и действиями.

Расстройства развития возникают в младенческом возрасте, реже в первые 5 лет жизни; сочетаются с нарушениями когнитивной сферы независимо от наличия или отсутствия умственной отсталости.

F84.0 *Детский аутизм* (*синдром Каннера*)

Расстройство, при котором всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия, выступающие в форме неадекватной оценки эмоциональных ситуаций, что проявляется отсутствием эмоционального отклика; кроме того, отмечается отсутствие реакций на эмоции других людей и/или отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией, невозможность социального использования имеющихся речевых навыков. Характеризуется стереотипным поведением, интересами и активностью, что проявляется тенденцией устанавливать жесткий, раз и навсегда заведенный порядок во многих сторонах повседневной жизни. Как правило, дети стремятся к стереотипному поведению и общению с окружающими.

Аномалии развития отмечаются в первые 3 года жизни, но синдром может диагностироваться во всех возрастных группах.

Отмечаются нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность, самоповреждения, а также дефицит спонтанности, инициативности и творчества как при выполнении заданий и инструкций, так и в организации досуга. Характерные для аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере роста ребенка, но на протяжении зрелого возраста дефект сохраняется, проявляясь во многом схожими расстройствами.

У мальчиков расстройство развивается в 3–4 раза чаще, чем у девочек.

Относительно причин этого расстройства накопилось много данных — как клинических наблюдений, так и специальных исследований с помощью различных методов. Однако общепризнанная концепция его происхождения пока не выработана. Отмечается роль психогенных факторов, взаимоотношений матери и ребенка, сенсорной депривации, а также биологических факторов в широком смысле их значения (генетических, различных органических вредностей, пренатальных, пери- и постнатальных, приводящих к нарушению развития, дисфункции головного мозга ребенка).

F 84.1 *Атипичный аутизм*

Клинические проявления аналогичны вышеописанным, но отмечается отсутствие одиного или более ведущих признаков.

F84.2 *Синдром Ретта*

Отмечается почти исключительно у девочек. Раннее развитие детей внешне нормально или почти нормально; начало расстройства приходится на возраст от 7 до 24 мес.; наблюдается парциальная или полная потеря мануальных навыков и речи; потеря спонтанных движений рук; стереотипное «заламывание», «мытье» рук, смачивание их слюной; неполное пережевывание пищи; одышка.

Заболевание возникает при нормальной беременности и родах у матери, до 1,5 лет у ребенка раннее развитие в норме. В последующем происходит регресс, нарастает психическая деградация вплоть до слабоумия, возникают соматические и неврологические расстройства.

F84.3 *Другое дезинтегративное расстройство детского возраста*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения формы нарушений.

F84.4 *Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями*

Характеризуется смешанной симптоматикой без существенного доминирования какого-либо компонента. Расстройство интеллектуальных функций сочетается с частыми однообразными действиями.

F84.5 *Синдром Аспергера*

Расстройство характеризуется симптоматикой, аналогичной синдрому детского аутизма, и представляет собой мягкий вариант аутизма. Отмечается двигательная дисфункция, но речь и интеллект сохранены, больные отчуждены от окружающего мира. Мотивацией поведения, основой интересов служат внутренние побуждения. Встречается чаще у мальчиков.

F84.8 *Другие общие расстройства развития*

Отмечаются признаки состояний вышеперечисленных рубрик, в то же время состояние не может быть определено в конкретной форме представленных нарушений.

F84.9 *Общее расстройство развития неуточненное*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

Лечение этих больных (F84.0–F84.9) должно быть направлено на повышение их адаптационных возможностей и ресоциализацию, предупреждение или минимизацию психических расстройств при прогредиентном течении болезни.

Требуется индивидуальная оценка состояния больного и индивидуальная тактика лечения, для этих целей могут применяться психотропные и ноотропные средства, физиотерапия, лечебная физкультура, психотерапия, в том числе семейная, психолого-педагогическая коррекция.

5.10. F90–F99 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Нарушения психического развития детей и подростков многообразны. Эти нарушения могут затрагивать все психические параметры ребенка и подростка.

F90 Гиперкинетические расстройства

Синдром характеризуется ранним началом. Клиническая картина расстройства включает следующие признаки: нарушенное внимание и гиперактивность, выявляющиеся более чем в одной ситуации (дома, в классе, больнице), особенно в ситуациях, требующих относительного спокойствия; частая смена одного

вида деятельности на другой, расторможенность в социальных взаимоотношениях, импульсивное нарушение социальных правил. Действия, поступки часто маломотивированны, производят впечатление импульсивных и неадекватных ситуаций, в которых ребенок находится. В подростковый период поведение становится более спокойным, а внимание более организованным. В отдельных случаях в редуцированном виде признаки синдрома сохраняются долгое время. Причины синдрома полиэтиологичны, обусловлены как физиологическими, так и психологическими факторами.

F90.0 *Нарушение активности и внимания*

Расстройство характеризуется синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

F90.1 *Гиперкинетическое расстройство поведения*

Проявляется в форме чрезмерной подвижности. Движения размашисты, плохо координированы. Больной не может сохранять длительно одну и ту же позу, выполнять целенаправленные действия.

F90.8 *Другие гиперкинетические расстройства*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения формы нарушений.

F90.9 *Гиперкинетическое расстройство неуточненное*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

Лечение (F90.0–F90.9) определяется выраженностью симптоматики. Основные терапевтические мероприятия: систематические лечебно-педагогические методы, биологическая терапия.

Фармакотерапия (алимемазин, перициазин, тиоридазин, транквилизаторы) проводится при выраженных проявлениях синдрома.

F91 Расстройства поведения

Расстройства, характеризующиеся стойким диссоциальным, агрессивным поведением, проявляющимся девиантностью и агрессивностью, чрезмерной драчливостью или хулиганством, жестокостью к другим людям или животным, умышленными и значительными повреждениями чужой собственности. Могут также отмечаться прогулы в школе и ухо-

ды из дома, необычно частые и тяжелые вспышки гнева. Расстройство устойчиво.

F91.0 *Расстройство поведения, ограничивающееся рамками семьи*

Характеризуется нарушениями преимущественно в семейных взаимоотношениях, «домашнее непослушание», при сохранении формальной социальной адаптации.

F91.1 *Несоциализированное расстройство поведения*

Характеризуется значительным общим нарушением взаимоотношений ребенка с другими детьми, о чем свидетельствуют главным образом изоляция от них, непопулярность у других детей, отсутствие близких друзей или постоянных эмпатических связей с другими детьми в той же возрастной группе.

Обычно расстройство проявляется в различных ситуациях, но может заметнее проявляться в школе.

F91.2 *Социализированное расстройство поведения*

Наиболее характерны контакты со сверстниками, имеющими асоциальный опыт. Для расстройства специфично стойкое диссоциальное, агрессивное поведение в сочетании с выраженными признаками депрессии, тревоги или другими эмоциональными нарушениями.

F91.3 *Вызывающее оппозиционное расстройство поведения*

Демонстративное нарушение правил поведения в различных ситуациях, выраженная дезадаптация в отдельных социальных ситуациях.

Коррекция нарушений (F91.0–F91.3) проводится с помощью преимущественно психотерапевтических, лечебно-педагогических методик. Применение психотропных средств показано лишь при выраженности расстройств и сопутствующей симптоматики (феназепам, медазепам).

F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.0 *Депрессивное расстройство поведения*

Расстройство проявляется такими симптомами, как потеря интересов и удовольствия от обычной активности, может сопровождаться нарушениями сна или аппетита.

F92.8 *Другие смешанные расстройства поведения и эмоций*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения формы нарушений.

F92.9 *Смешанное расстройство поведения и эмоций неуточненное*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

Лечение расстройств (F92.0–F92.9) включает психотерапевтические мероприятия, фармакотерапию (анксиолитики, антидепрессанты, ноотропы).

F93 Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста

F93.0 *Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой*

Расстройство характеризуется страхом разлуки с близкими.

Проявляется множественными фобиями неопределенного и определенного характера, сопровождающимися выраженными тревожными переживаниями и связанными с ними ритуальными действиями. Тревога может принимать форму нереалистичного, поглощающего беспокойства о вреде, которому могут подвергнуться значимые другие, или страха, что родители оставят ребенка и не вернутся за ним. Характерен страх одиночества или страх оставаться в течение дня дома без лица, к которому ребенок испытывает большую привязанность.

F93.2 *Социальное тревожное расстройство в детском возрасте*

Характеризуется проявлениями тревоги у детей, воспитываемых в условиях контрастных педагогических установок, гиперопеки. Отмечаются конфликтные ситуации в формальной группе сверстников — в детском саду, младших классах средней школы.

F93.3 *Расстройство вследствие сиблингового соперничества*

Характеризуется выраженными конфликтными ситуациями в семье между детьми. Стремление одного или всех детей к доминированию для привлечения внимания родителей.

F93.8 *Другие эмоциональные расстройства в детском возрасте*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения формы нарушений.

F93.9 *Эмоциональное расстройство в детском возрасте неуточненное*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

Лечение расстройств (F93.0–F93.9) включает психотерапевтические мероприятия, фармакотерапию (при резко выраженной симптоматике — алимемазин, диазепам, тиоридазин, ноотропы).

F95 Тики

Тики — непроизвольное быстрое, повторяющееся, неритмичное движение, обычно вовлекающее ограниченные группы мышц. Тики воспринимаются, с одной стороны, как непреодолимые, но, с другой стороны, при повышенном контроле (как внешнем, так и внутреннем) возможно их урежение. Тики подразделяются на двигательные и вокальные, простые и сложные:

- обычные простые двигательные тики включают в себя мигание, дергание шеи, пожимание плечом и гримасничанье;
- к обычным простым и вокальным тикам относятся откашливание, лаянье, фырканье, шмыганье и шипение;
- обычные сложные моторные тики включают поколачивание себя, подпрыгивание;
- обычный комплекс голосовых тиков состоит из повторения тех или иных слов и иногда использования социально неприемлемых (часто непристойных) слов (*копролалия*), и повторения собственных звуков или слов (*палилалия*).

F95.0 *Транзиторные тики*

Тики обычно имеют форму мигания, гримасничания, подергивания головы. Длительность не более 12 мес.

F95.1 *Хронические моторные тики или вокализмы*

Расстройство характеризуется наличием моторных или голосовых тиков. Тики могут быть единичными или множественными (но обычно множественные). Длительность нарушений более года.

F95.2 *Синдром Жиля де ля Туретта*

Расстройство, при котором были или остались до настоящего времени множественные двигательные тики и один или более голосовых тиков (хотя они возникают не всегда одновременно). Расстройство развивается в детском или подростковом возрасте. Превалируют двигательные тики. Симптоматика ухудшается в подростковом периоде и сохраняется в зрелом возрасте. Голосовые тики часто множественные с взрывчатыми, повторяющимися выкриками, откашливанием, хрюканьем, использованием непристойных слов или фраз (*копролалия*). Иногда отмечается

сопутствующая эхопраксия жестов, которая тоже может быть непристойной (*копропраксия*).

F95.8 *Другие тики*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

F95.9 *Тики неуточненные*

Генез состояния не определен.

Лечение расстройств (F95.0–F95.9) включает *фармакотерапию* — винпоцетин, диазепам, глицин, гопантеновая кислота, пирацетам, феназепам, церебролизин — в сочетании с психотерапией и физиотерапией.

F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте

Одни из этих состояний представляют собой хорошо известные синдромы, другие являются комплексом симптомов, нозологическая состоятельность которых отсутствует, но которые включены в рубрику из-за их частоты и сочетания с психосоциальными проблемами, а также потому, что они не могут быть отнесены к другим синдромам.

F98.0 *Энурез неорганической природы*

Расстройство, характеризуемое непроизвольным упусканием мочи днем и/или ночью, что не соответствует возрасту ребенка, и не связано с контролем функции мочевого пузыря, неврологическими нарушениями, эпилептическими припадками или структурной аномалией мочеполового тракта.

Энурез обычно не должен диагностироваться у ребенка до 5 лет. В том случае, если энурез сочетается с энкопрезом, должен быть диагностирован энкопрез.

F98.2 *Энкопрез неорганической природы*

Расстройство, характеризуемое повторяющимся, произвольным или непроизвольным выделением кала, обычно нормальной или почти нормальной консистенции в местах, которые в данном социокультурном окружении не предназначены для этой цели. Расстройство может представлять собой патологическое продолжение нормального младенческого недержания или может включать в себя потерю навыков удержания кала вслед за периодом приобретенного контроля над кишечником. Иногда наблюдается намеренная дефекация в неподходящих местах.

Лечение расстройств (F98.0–F98.2) включает *фармакотерапию* — винпоцетин, глицин, гопантеновая кислота, диазепам, клоназепам, пирацетам, феназепам, фенибут, церебролизин — в сочетании с психотерапией и физиотерапией.

F98.4 *Стереотипные двигательные расстройства*

Ритмичные, нецеленаправленные действия, не связанные с конкретными причинами или ситуациями.

F98.5 *Заикание*

Нарушения ритмичности речевой активности, нерешительность речи, пролонгированное повторение слов, звуков. Речевые нарушения сопровождаются сопутствующими движениями.

Терапия включает прежде всего логопедические методики, лечебно-педагогическое воздействие, игровую психотерапию.

F98.8 *Другие специфические поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском возрасте*

Характеризуются наличием дефицита внимания без гиперактивности, типично кусание ногтей, сосание пальца.

F98.9 *Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском возрасте, неуточненные*

Отмечаются признаки расстройств вышеперечисленных рубрик без четкого определения генеза.

F99 Неуточненное психическое расстройство

В данную рубрику включаются расстройства, несоответствующие критериям F00–F98.9.

6 ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

6.1. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Ведущим методом современного лечения психических расстройств является психотропная терапия — применение психотропных средств, оказывающих воздействие на психическое состояние пациента. Благодаря применению психотропных средств изменился психологический климат в психиатрических больницах. Стало возможным купировать различную психотическую (и не психотическую) симптоматику у больных, существенно сократить сроки пребывания больных в стационарах, а некоторые психические расстройства лечить во внебольничных условиях. Психотропные средства применяются не только в психиатрии, но и в других медицинских отраслях.

В настоящее время количество препаратов достигло нескольких тысяч. В основу классификации психотропных средств положен клинический принцип (химическая структура средств не соответствует эффекту воздействия на психику). Выделяют следующие группы психических средств.

1. Нейролептики (выделяют типичные и атипичные) оказывают антипсихотическое, седативное, анксиолитическое, снотворное, стимулирующее (отдельные препараты) действие, в то же время обладают существенными побочными эффектами — экстрапирамидными, соматовегетативными и т.д.

Выделяют:

- типичные нейролептики, применение которых возможно только в сочетании с корректорами;
- атипичные нейролептики с малой интенсивностью экстрапирамидных расстройств (табл. 6.1).

2. Антидепрессанты оказывают тимолептическое, тимостабилизирующее действие, их побочные эффекты — соматовегетативные расстройства (табл. 6.2).
3. Транквилизаторы (анксиолитики) купируют проявления тревоги, страхов, психического напряжения. Выделяют «дневные транквилизаторы» с небольшим седативным, легким активизирующим действием и препараты с выраженным седативным действием. При длительном применении препаратов этой группы возможно формирование зависимости (табл. 6.3).
4. Снотворные (гипнотики) нормализуют ночной сон. При длительном применении препаратов, как правило, к ним формируется зависимость (табл. 6.4).
5. Нормотимики — средства, выравнивающие и стабилизирующие аффективные состояния (табл. 6.5).
6. Ноотропы — препараты, оказывающие влияние на метаболизм нервных клеток, применяются при органическом (в том числе и токсическом) поражения головного мозга (табл. 6.6).
7. Антиконвульсанты — препараты, применяемые для лечения пароксизмальных состояний различного генеза (табл. 6.7).
8. Корректоры — препараты, купирующие (снижающие) побочные эффекты нейролептиков (табл. 6.8).
9. Психостимуляторы — средства, активизирующие деятельность головного мозга, повышающие работоспособность. Применение препаратов ограничивается по причине формирования зависимости к ним (табл. 6.9).
10. Препараты для лечения деменции альцгеймеровского типа (табл. 6.10).
11. Препараты для лечения болезней зависимости (табл. 6.11)[1].

[1] В таблицах приведены наиболее часто применяемые лекарственные средства.

Таблица 6.1

Нейролептики

Название	Максимальная суточная доза (мг)	Терапевтическая доза		Побочное действие	Противопоказания
		Разовая (мг)	Суточная (мг)		
1	2	3	4	5	6
Алимемазин, Алимезин, Валлерган, Недельтран, Терален, Тералиджен		5–15 (преимущественно снотворный эффект)	60–80 (как анксиолитик), 200–400 (при психотических состояниях)	Экстрапирамидные расстройства (гипокинезия, тремор), сонливость, слабость, сухость во рту, повышение вязкости бронхиального секрета, нарушения аккомодации, запоры, задержка мочеиспускания	Гиперчувствительность, закрытоугольная глаукома, заболевания предстательной железы, поражения печени и почек, беременность, грудное вскармливание, возраст до 1 года
Амисульприд*, Солиан, Лимипранил	1200	50–100	При продуктивных синдромах 400–800, при негативных синдромах — 50–300	Ранняя и поздняя дискинезии, экстрапирамидные расстройства, ортостатическая гипотензия, подавленность, сонливость, гиперпролактинемия (аменорея, галакторея, гинекомастия, сексуальная дисфункция), увеличение массы тела, злокачественный нейролептический синдром, тревожность, бессонница, брадикардия, эпилептические приступы, увеличение интервала P–Q на ЭКГ. Усиливает эффект гипотензивных и депримирующих средств (анальгетиков, транквилизаторов, антигистаминных препаратов, алкоголя)	Гиперчувствительность, феохромоцитома, пролактинозависимые опухоли, рак молочной железы, беременность, грудное вскармливание, возраст до 15 лет

Продолжение ⇘

Продолжение табл. 6.1

1	2	3	4	5	6
Арипипразол, Абилифай	30	10–15 один раз в сутки	30–15	Боли в горле, скованность в спине, тяжесть в голове, кандидоз, скованность в области горла, синдром Мендельсона, тепловой удар; боли в области таза, отек лица, недомогание, светочувствительность, челюстные боли, озноб, скованность челюстей, вздутие живота, напряжение в груди; гриппоподобный синдром, периферический отек, боли в грудной клетке, в шее	Повышенная чувствительность к арипипразолу или любому другому компоненту, входящему в состав препарата, возраст до 18 лет. С осторожностью: пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ИБС или перенесенный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и нарушения проводимости); пациентам с цереброваскулярными заболеваниями и состояниями, предрасполагающими к гипотензии (обезвоживание, гиповолемия и прием гипотензивных препаратов), в связи с возможностью развития ортостатической гипотензии; пациентам с судорожными припадками или страдающим заболеваниями, при которых возможны судороги; пациентам с повышенным риском гипертермии, например, при интенсивных физических нагрузках, перегревании, приеме антихолинергических препаратов, при обезвоживании (из-за способности нейролептиков нарушать терморегуляцию); пациентам с повышенным риском аспирационной пневмонии (из-за риска нарушения моторной функции пищевода и аспирации); пациентам, страдающим ожирением и при наличии диабета в семье

1	2	3	4	5	6
Бенперидол, Ангуил, Глианимон, Френактил	15	0,5–1	В/м 2,5–7,5	Экстрапирамидные расстройства (мышечная гипертония, тремор, спазм взора, дизартрия, кривошея, акатизия), сонливость, головокружение, головная боль, депрессия, тревога, сухость во рту, понижение АД, брадикардия, запоры, задержка мочеиспускания	Гиперчувствительность, заболевания центральной нервной системы с пирамидной и экстрапирамидной симптоматикой
Галоперидол, Апо-Галоперидол, Галдол, Галопер, Галоприл, Галоперидол форте, Сенорм	80 p/os	0,5–5	10–15, при хронических формах шизофрении 40–20	Экстрапирамидные расстройства, поздняя дискинезия, злокачественный нейролептический синдром, гипосаливация, тошнота, рвота, запор, головокружение, сонливость, возбуждение, тахикардия, артериальная гипертензия, ретинопатия, бронхоспазм, нарушения менструального цикла, фотосенсибилизация	Гиперчувствительность, заболевания с пирамидной и экстрапирамидной симптоматикой, депрессия, кома, беременность, грудное вскармливание, возраст до 3 лет
Галоперидол деканоат (пролонгированная форма)			50 1 раз в 2–3 недели, возможно увеличение дозы до 200 1 раз в 4 недели, у пожилых 25–12,5 1 раз в 4 недели	-«»-	-«»- Применение у детей не рекомендуется

Продолжение табл. 6.1

1	2	3	4	5	6
Дикарбин, Карбидин	600	12,5	50–400	Экстрапирамидные расстройства, тошнота, рвота, запор, головокружение, сонливость, тахикардия, артериальная гипертензия, нарушения менструального цикла, фотосенсибилизация, агранулоцитоз, лейкопения	Гиперчувствительность, нарушение функции печени и почек, кома, заболевания крови, беременность
Дроперидол	20	2,5	В/м 2,5–5	Дисфория, сонливость, депрессия, артериальная гипотензия	Гиперчувствительность, экстрапирамидные расстройства, возраст до 2 лет
Зипрасидон*, Зелдокс	160	40	80	Тошнота, рвота, запор, диспепсия, головокружение, головная боль, слабость, возбуждение, тахикардия, артериальная гипертензия, ортостатическая гипотензия, экстрапирамидные расстройства, аллергические реакции	Гиперчувствительность, инфаркт миокарда, аритмия. Некомпенсированная сердечно-сосудистая недостаточность, возраст до 18 лет. Увеличение интервала Q–T электрокардиограммы при грудном отведении, грудное вскармливание
Зуклопентиксол, Клопиксол	150	2–25	10–75	Экстрапирамидные расстройства, ранняя и поздняя дискинезии, головокружение, депрессия, нарушения сознания, тахикардия, ортостатическая гипотензия, тошнота, рвота, запор, увеличение массы тела, аллергические реакции	Гиперчувствительность, острое отравление алкоголем, барбитуратами, опиоидами, кома, феохромоцитома, заболевания крови, беременность. Применение у детей не рекомендуется
Зуклопентиксол ацетат, Клопиксол-Акуфаз			50–150 в/м 1 раз в 3 дня	-«»-	-«»-

1	2	3	4	5	6
Зуклопентиксол деканоат, Клопиксол-депо (пролонгированная форма)			В/м начальная доза 200, через 2–4 недели 400–200, максимальная доза 750	-«»-	-«»-
Клозапин*, Азалептин, Алемоксан, Лепонекс	600	25–100 у пожилых 12,5	200–400 у пожилых 25	Слабость, головокружение, сонливость, диспептические расстройства, сухость во рту, запоры, гиперемия, тахикардия, аритмия, тревога, головная боль, гиперсаливация, агранулоцитоз, гепатит, инфаркт миокарда (при высоких дозах препарата), увеличение массы тела, кишечная непроходимость	Заболевания кроветворной системы, алкогольные и интоксикационные психозы, тяжелые соматические заболевания печени, почек, сердечно-сосудистой системы, глаукома, миастения, гипертрофия предстательной железы, спазмофилия, атония кишечника, гипертиреоидизм, беременность, грудное вскармливание, возраст до 5 лет
Левомепромазин, Винпрактил, Левозан, Нозинан, Тизерцин	250	12,5–25	50–100, возможно увеличение дозы до 250	Экстрапирамидные расстройства, тахикардия, ортостатическая гипотензия, тромбоэмболия, тошнота, рвота, запор, нарушения менструального цикла, масталгия, агранулоцитоз	Гиперчувствительность, кома, депрессии, нарушение функции печени и почек, заболевания крови, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, гипертрофия предстательной железы; закрытоугольная глаукома, болезнь Паркинсона, беременность, грудное вскармливание

Продолжение ⇘

Продолжение табл. 6.1

1	2	3	4	5	6
Оланзапин*, Зипрекса	20	2,5–10	5–10, возможно увеличение до 20 в течение 4 дней только в стационаре	Головокружение, повышение массы тела, периферические отеки, изменение формулы крови, фотосенсибилизация, увеличение уровня креатининкиназы	Закрытоугольная глаукома, беременность, грудное вскармливание, возраст до 18 лет
Перициазин, Аолепт, Аламин, Неупактил, Неуперил, Неулептил	200	10–20	От 10–30 до 70–100	Подавленность, экстрапирамидные расстройства, ранние и поздние дискинезии, ортостатическая гипотония. Сухость во рту, запоры, парез аккомодации, задержка мочи, аменорея, гинекомастия, увеличение массы тела, агранулоцитоз, гипертермия, желтуха, фотосенсибилизация, аллергические реакции	Закрытоугольная глаукома, порфирия, аденома предстательной железы, токсический агранулоцитоз
Перфеназин, Доцентан, Перфенан, Трилафон, Этаперизин, Этаперазин ТАТ	100 при резистентных случаях — 200–400	4–12	100	Экстрапирамидные расстройства, тахикардия, тошнота, рвота, запор, атония кишечника и мочевого пузыря, поражение печени и почек, гепатит, повышение внутриглазного давления, фотосенсибилизация, аменорея, галакторея, нарушения менструального цикла, агранулоцитоз, лейкопения, анемия, аллергические реакции	Нарушение функции печени и почек, коллаптоидные состояния, алкогольная интоксикация, заболевания крови, эпилепсия, глаукома, заболевания центральной нервной системы, декомпенсация сердечно-сосудистой системы, аденома предстательной железы, болезнь Паркинсона. Применение у детей до 14 лет не рекомендуется
Пипотиазин, Лонзерен, Пипортил	60 *p/os*	10 *p/os*	20–30 *p/os* 1 раз в день	Подавленность, экстрапирамидные расстройства, ранние и поздние дискинезии, сухость во рту, запоры, парез аккомодации, задержка мочи, аменорея, гинекомастия, увеличение массы тела, агранулоцитоз, гипетермия, желтуха, фотосесибилизация, аллергические реакции	Закрытоугольная глаукома, порфирия, заболевания предстательной железы, токсический агранулоцитоз, беременность, грудное вскармливание

1	2	3	4	5	6
Пипортил L4 (пролонгированная форма)			100 (у больных, страдающих эпилепсией, алкоголизмом, при синдроме отмены — 25, с последующим увеличением дозы индивидуально)	-«»-	-«»-
Промазин, Пропазин	1000	25–100	500–1000	Экстрапирамидные расстройства, тахикардия, тошнота, рвота, запор, атония кишечника и мочевого пузыря, поражение печени и почек, гепатит, повышение внутриглазного давления, фотосенсибилизация, аменорея, галакторея, агранулоцитоз, лейкопения, анемия, аллергические реакции	Гиперчувствительность, кома, алкоголизм, нарушение функции печени и почек, заболевания крови, тяжелые заболевания центральной нервной системы и сердечно-сосудистой системы, аденома предстательной железы; глаукома, рак груди, болезнь Паркинсона, болезни крови. Применение у детей не рекомендуется
Прохлорперазин, Метеразин	100–150	5–25	12,5–25, возможно увеличение дозы в течение 4–7 дней до 75–100	Головокружение, диспепсические расстройства, желтуха, агранулоцитоз, экстрапирамидные расстройства, поздние дискинезии, острый нейролептический синдром, сухость во рту, запоры, задержка мочеиспускания, диплопия, артериальная гипотензия, тахикардия, аритмия, нарушения менструального цикла, галакторея, увеличение веса тела, лейкопения, лейкоцитоз, гемолитическая анемия, фотосенсибилизация	Коматозные состояния, феохромоцитома, нарушение функции печени и почек, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, гипертрофия предстательной железы, закрытоугольная глаукома, болезнь Паркинсона, беременность, грудное вскармливание. Применение у детей не рекомендуется

Продолжение ⇘

Продолжение табл. 6.1

1	2	3	4	5	6
Рисперидон*, Рисдонал, Риссет, Риспаксол, Рисполепт, Рисполюкс, Торендо	6–10	2–4	4–6	Экстрапирамидные расстройства, сонливость, возбуждение, диспептические расстройства, тахикардия. Увеличение массы тела, артериальная гипертензия, гиперпролактинемия	Гиперчувствительность, грудное вскармливание
Рисперидон Конста* (пролонгированная форма)	50 в/м 1 раз в 2 недели		В/м 25, 37,5, 50, повторное введение через 2 недели	-«»-	-«»- Возраст до 18 лет
Сульпирид, Веро-Сульпирид, Бетамакс, Депрал, Просульпин, Эглек, Эглонил, Эглонил форте	1600	50–100	100–800, возраст старше 14 лет 5–3мг/ кг массы тела, для больных пожилого возраста начальная доза ½- ¼ дозы для взрослых	Галакторея, дисменорея, гинекомастия, гипергидроз, увеличение массы тела, сухость во рту, тошнота, изжога, запор, повышение активности трансаминаз и щелочной фосфатазы в сыворотке крови, сонливость, головокружение, тремор, ранние и поздние дискинезии, акатизия, афазия, тревожность, возбуждение, расстройство сна, тахикардия, аллергические реакции	Острое отравление алкоголем, гиперчувствительность, артериальная гипертензия, порфирия, феохромоцитома, эпилепсия, гиперпролактинемия, грудное вскармливание, возраст до 14 лет

1	2	3	4	5	6
Сультоприд, Топрал, Барнетил	1600	200	400–1200	Экстрапирамидные расстройства, сонливость, усталость, брадикардия, алгии, диарея, ортостатическая гипотензия, аменорея, галакторея, гинекомастия, увеличение массы тела, злокачественный нейролептический синдром, депрессии, судорожный синдром	Гиперчувствительность, нарушение функции печени и почек, заболевания крови, острое отравление алкоголем, артериальная гипертензия, брадикардия, порфирия, феохромоцитома, гиперпролактинемия, эпилепсия, болезнь Паркинсона, беременность, грудное вскармливание. Применение у детей и пожилых не рекомендуется
Тиаприд, Тиапридал	1800	100–150	200–300	Подавленность, экстрапирамидные расстройства, ранние и поздние дискинезии, ортостатическая гипотензия, увеличение массы тела, гипертермия, аменорея, галакторея, аллергические реакции	Гиперчувствительность, феохромоцитома, гипертонический криз, прием левадопы, алкоголя, беременность, грудное вскармливание, возраст до 7 лет
Тиопроперазин, Мажептил	60	5	30–40	Экстрапирамидные расстройства, поздняя дискинезия, акатизия, паркинсонизм	Аналогично хлорпромазину. Применение у детей не рекомендуется
Тиоридазин, Апотиоридазин, Меллерил, Тиодазин, Тиорил 25, Тиорил 100, Тисон, Сонапакс	800	25–50	150–400	При высоких дозах — умеренно выраженные экстрапирамидные расстройства, артериальная гипотензия, пигментная ретинопатия	Аналогично хлорпромазину, порфирия, возраст до 2 лет

Продолжение ↳

Окончание табл. 6.1

1	2	3	4	5	6
Трифлуоперазин, Апо-Трифлуоперазин, Трифтазин, Эсказин	40	1–5	15–20	Экстрапирамидные расстройства, поздняя дискинезия, акатизия, паркинсонизм, сонливость, слабость, гипотермия, головокружение	Аналогично хлорпромазину, возраст до 3 лет
Флупентиксол, Флюанксол	40 до 3 мг в сутки — анксиолитическое, антидепрессивное действие, свыше 3 мг в сутки — антипсихотическое действие	0,5–10	0,5–3, при острых состояниях 3–30	Экстрапирамидные расстройства, акатизия, паркинсонизм, бессонница, головокружение	Аналогично хлорпромазину, возбуждение, порфирия, детский возраст
Флуфеназин деканоат, Модитен-депо (пролонгированная форма)		12,5–25 1 раз в 5–10 дней		-«»-	-«»- Применение у детей не рекомендуется

1	2	3	4	5	6
Хлорпромазин, Аминазин, Ларгактил	1000	25–50	50–600	Вялость, апатия, сонливость, слабость, гипотермия, головокружение, диспепсические расстройства, желтуха, агранулоцитоз, экстрапирамидные расстройства, поздние дискинезии, острый нейролептический синдром, угнетение дыхательного центра, изменения ЭЭГ, сухость во рту, запоры, задержка мочеиспускания, диплопия, артериальная гипотензия, тахикардия, аритмия, нарушения менструального цикла, галакторея, гинекомастия, увеличение веса тела, лейкопения, лейкоцитоз, гемолитическая анемия, фотосенсибилизация, контактная аллергия, нарушение функции печени	Коматозные состояния, феохромоцитома, тяжелые депрессии, острые инфекционные заболевания, нарушение функции печени и почек, заболевания крови, микседема, *miastenia gravis*, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, тромбоэмболическая болезнь, инсульт, лейкопения, острый период черепно-мозговой травмы, гипертрофия предстательной железы, закрытоугольная глаукома, болезнь Паркинсона, синдром Рейе в анамнезе, беременность, грудное вскармливание
Хлорпротиксен, Труксал	1200	5–50	10–15 при невротических расстройствах, 100–300 при психозах	Аналогично хлорпромазину	Аналогично хлорпромазину, возраст до 6 лет
Кветиапин*, Кветалепт, Лаквель, Нантарид, Сероквель	800	12,5–400	150–800	Сонливость, головокружение, поздние дискинезии, судороги, запоры, ортостатическая гипотензия, тахикардия, лейкопения, нейтропения, аллергические реакции	Кормление грудью

* Атипичный нейролептик.

Таблица 6.2

Антидепрессанты

Название	Максимальная суточная доза (мг)	Терапевтическая доза		Побочное действие	Противопоказания
		Разовая (мг)	Суточная (мг)		
1	2	3	4	5	6
Трициклические и гетероциклические антидепрессанты					
Амитриптилин, Амизол, Амирол, Дамилена малеинат, Апо-Амитриптилин, Веро-Амитриптилин, Амитриптилин-ЛЭНС, Сартеон, Саротен ретард, Эливел	При терапии в амбулаторных условиях 150. При терапии в стационарных условиях 350	25–50	120, при в/м введении 80	Сухость во рту, задержка мочеиспускания, запор, нарушение аккомодации, гипергидроз, тахикардия, ортостатическая гипертензия, повышение АД, изменения ЭКГ, сонливость, тремор, головокружение, крапивница. Потенцирует эффект седативных, снотворных средств, алкоголя, симпатомиметиков, противопаркинсонических средств. Ослабляет эффект гипотензивных, противосудорожных препаратов	Гиперчувствительность, глаукома, эпилепсия, гиперплазия предстательной железы, атония мочевого пузыря, паралитическая непроходимость кишечника, пилоростеноз, инфаркт миокарда в анамнезе, применение ингибиторов МАО в предшествующие 2 недели, беременность, кормление грудью, возраст до 6 лет (для инъекционных форм возраст до 12 лет)
Кломипрамин, Анафранил, Клофранил	250	10–25	75–150	-«»-	-«»- Возраст до 12 лет
Мапротилин, Людиамил	150 у пожилых 30	10–50	25–75	-«»- Повышен риск судорожного синдрома, аллергические реакции	Аналогично амитриптилину, заболевания с судорожным синдромом, заболевания предстательной железы

1	2	3	4	5	6
Миансерин, Леривон	90, у пожилых 30	5–30	30–90	Аналогично амитриптилину, лейкопения, агранулоцитоз, пластическая анемия	Аналогично амитриптилину, возраст до 18 лет
Пипофезин, Азафен	500	25–50	100–200	Аналогично амитриптилину, не обладает кардиотоксическим действием	Аналогично амитриптилину, гиперчувствительность, инсульт, инфекционные заболевания, диабет, несовместим с ингибиторами МАО
Тразодон, Триттико	450 в амбулаторных условиях, в стационарных условиях — 600	75–100	150–300	-«»-	Аналогично амитриптилину, беременность, вскармливание грудью. Возраст до 6 лет
*Обратимые ингибиторы МАО**					
Моклобемид, Аурорикс	600	150–300	300–600	Тревога, возбуждение, расстройства сна, сухость во рту, диспептические расстройства, аллергические реакции, спутанность сознания, парестезии, отеки, галакторея	Гиперчувствительность, острое нарушение сознания, феохромоцитома, беременность, вскармливание грудью, детский возраст, несовместим с селегилином
Пирлиндол, Пиразидол	400	25	75–300	-«»-	-«»- Острые заболевания печени, заболевания кроветворной системы

Продолжение ⇘

Продолжение табл. 6.2

1	2	3	4	5	6
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина					
Пароксетин, Паксил, Плизил, Рексетин	60	10–20	20–40	Тошнота, рвота, диспепсия, диарея, запоры, анорексия, сухость во рту, тревога, бессонница, головокружение, судорожный синдром, усиление суицидальных тенденций	Несовместим с ингибиторами МАО, гиперчувствительность, маниакальные состояния
Сертралин, Асентра, Золофт, Серлифт, Стимулон, Торин	200	25–50	50–200	-«»- Амнезия, галлюцинации, агрессивное поведение, фотосенсибилизация, панкреатит, гепатит, галакторея, нарушения менструального цикла	-«»-
Флувоксамин, Феварин	300	50	50–100	Тошнота, рвота, диспепсия, диарея, запоры, анорексия, сухость во рту, тревога, бессонница, головокружение, судорожный синдром, тахикардия, фотосенсибилизация, анафилактические реакции	-«»- Несовместим с теофиллином и аминофиллином
Флуоксетин, Апо-Флуоксетин, Биоксетин, Депрекс, Портал, Продеп, Прозак, Профлузак, Флуоксетин-Акри, Флоксэт, Флувал, Флумат, Фрамекс	80	20	20–40	Тошнота, рвота, диспепсия, диарея, запоры, анорексия, сухость во рту, тревога, бессонница, головокружение, тахикардия, ангиовенозный отек, артралгии, миалгии, гиперпролактинемия, гемолитическая анемия, панкреатит, панцитопения, тромбоцитопеническая пурпура, фотосенсибилизация, анафилактические реакции	Несовместим с ингибиторами МАО, гиперчувствительность, маниакальные состояния, детский возраст

1	2	3	4	5	6
Циталопрам, Ципрамил	60	20	20–40	Тошнота, рвота, диспепсия, диарея, запоры, сухость во рту, тревога, бессонница, головокружение, тахикардия, аллергические реакции, мигрень, гиперсаливация, риниты, расстройства мочеиспускания	Несовместим с ингибиторами МАО, гиперчувствительность, маниакальные состояния
Эсциталопрам, Ципралекс	20, у пожилых 10	5–10	10–20	-«»- Синуситы, гипертермия, гипергидроз	-«»-
Антидепрессанты другой химической структуры (метаболиты, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина)					
Адеметионин, Гептрал		400–800	1200–1600	Диспептические расстройства	Гиперчувствительность, I и II триместры беременности, детский возраст
Венлафаксин, Велафакс, Венлаксор, Эфевелон	375	37,5–75	75–225	-«»-	Несовместим с ингибиторами МАО, беременность, грудное вскармливание, детский и подростковый возраст
Милнаципран, Иксел	250	50	100	Головокружение, гипергидроз, тревога, задержка мочеиспускания, тремор, тошнота, запоры	Гиперчувствительность, несовместим с ингибиторами МАО, адреналином, норадреналином, клонидином, дигоксином, аденома простаты, прием алкоголя, беременность, грудное вскармливание, возраст до 15 лет

Продолжение ⇘

Окончание табл. 6.2

1	2	3	4	5	6
Миртазапин, Мирзатен Миртазонал Ремерон	45	15–45	15–45	Повышение аппетита, увеличение массы тела, желтуха, отеки, ортостатическая гипотензия, тремор, миоклонус	Гиперчувствительность, маниакальные состояния, детский возраст
Ребоксетин, Эндронакс	10	4	8	Головокружение, гипергидроз, тревога, задержка мочеиспускания, парестезии, тремор, тошнота, запоры, вертиго, дизурия	Беременность, грудное вскармливание, детский и подростковый возраст

* Необратимые ингибиторы МАО в настоящее время не применяются.

Таблица 6.3

Транквилизаторы (анксиолитики)

Название	Максимальная суточная доза (мг)	Терапевтическая доза		Побочное действие	Противопоказания
		Разовая (мг)	Суточная (мг)		
1	2	3	4	5	6
Анксиолитики, производные бензодиазепина					
Алпразолам, Алзолам, Алпрокс, Кассадан, Ксанакс, Ксанакс ретард, Неурол, Фронтин, Хелекс	4–6	0,25–0,5	1,5–2	Привыкание, синдром отмены, сонливость, головокружение, шаткость походки, тошнота, запоры, дисменорея, кожный зуд. Усиливает эффект алкоголя, нейролептиков, снотворных, наркотических аналептиков	Гиперчувствительность, поражения печени и почек, глаукома (острый приступ), острое отравление алкоголем, наркотическими, психотропными, снотворными средствами, дыхательная недостаточность, миастения, беременность, грудное вскармливание, возраст до 18 лет

1	2	3	4	5	6
Афобазол	60	10	30	Аллергические реакции. Потенцирует противосудорожный эффект карбамазепина	Кормление грудью
Бромазепам, Лексотан	9, в условиях стационара до 12	1,5–3	6	Головная боль, сонливость, головокружение, усталость, замедление психических реакций, гиподинамия, нарушение концентрации внимания, притупление эмоциональных переживаний, диплопия, дизартрия, спутанность сознания, ретроградная амнезия, депрессивные переживания, парадоксальные реакции (возбуждение, агрессивность, расстройства сна, галлюцинации, неадекватное поведение), тошнота, сухость во рту, запор, повышение активности печеночных трансаминаз и щелочной фосфатазы, желтуха, недержание мочи, кожная сыпь. Снижает терапевтический эффект леводопы	Гиперчувствительность, церебральная и спинальная атаксия, суицидальные тенденции, закрытоугольная глаукома, гиперкапния, тяжелая дыхательная недостаточность, синдром апноэ во время сна, печеночная недостаточность, миастения, лекарственная или алкогольная зависимость, беременность, грудное вскармливание, возраст до 18 лет
Буспирон, Спитомин	60	5–10	20–30	Головная боль, сонливость, головокружение, усталость, гиподинамия, нарушение концентрации внимания, расстройства сна, тошнота, сухость во рту, запор, кожная сыпь.	Гиперчувствительность, поражения печени и почек, глаукома *miastenia gravis*, беременность, грудное вскармливание, возраст до 18 лет
Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, Феназепам	6–8	0,5–1	2–3	Сонливость, мышечная слабость головокружение, шаткость походки, привыкание, синдром отмены, потенцирует действие алкоголя	Гиперчувствительность, закрытоугольная глаукома *miastenia gravis*, угнетение дыхательного центра, абсанс, апноэ во время сна, тяжелые поражения печени

Продолжение ⇘

Продолжение табл. 6.3

1	2	3	4	5	6
Диазепам, Апаурин, Апо-Диазепам, Валиум, Диазепам-никомед, Диазепекс, Калмпоуз, Реланиум, Релиум, Сибазон, Седуксен	60	5–20	5–20	-«»-	-«»-
Клобазам*, Фризиум	50	5–10	20–40	Слабость, сухость во рту, тошнота, головокружение, снижение аппетита	Гиперчувствительность, *miastenia gravis*, атаксия, легочная недостаточность, беременность, грудное вскармливание
Клоназепам, Клонотрил, Ривотрил	20	0,5–1	2–4	См. Антиконвульсанты	См. Антиконвульсанты
Лоразепам, Апо-Лоразепам, Лорафен	6	1–2	2–6	Сонливость, мышечная слабость головокружение, шаткость походки, привыкание, синдром отмены, потенцирует действие алкоголя	Гиперчувствительность, закрытоугольная глаукома *miastenia gravis*, угнетение дыхательного центра, абсанс, апноэ во время сна, тяжелые поражения печени, возраст до 12 лет

1	2	3	4	5	6
Медазепам*, Мезапам, Рудатель	60-70	10–20, пожилым 5–10	20–30	-«»-	-«»-
Оксазепам, Адумпран, Апо-Оксазепам, Бензотран, Нозепам, Тазепам	До 120 в стационарных условиях	5–10	30–50	-«»-	-«»- Возраст до 6 лет
Тофизопам*, Грандаксин	300	50–100	150–300	-«»-	-«»- Возраст до 18 лет
Хлоразепат*, Клоразепат, Транксел	40	5–10	20		Гиперчувствительность
Хлордиазепам, Хлозепид, Хлордиазепоксид Элениум	50	5–10	30–50	-«»-	Гиперчувствительность
Анксиолитики небензодиазепинового типа					
Бензоклидин, Оксилидин	500	60	200–300	Сухость во рту, жажда, тошнота, полиурия, крапивница	Артериальная гипотония, миастения, беременность, период вскармливания, нарушения функции почек

Продолжение ⇘

Окончание табл. 6.3

1	2	3	4	5	6
Гидроксизин, Атаракс	300	25	100–200	Сонливость, слабость, сухость во рту, тремор	Гиперчувствительность, острая форма порфирии, гиперплазия предстательной железы, беременность, грудное вскармливание
Мепробамат, Мепротан	2400	200	400–600	Гипосаливация, тошнота, рвота, диарея, аллергические реакции, бронхоспазм	Хронический алкоголизм, лекарственная зависимость, эпилепсия, I триместр беременности, нарушение функции печени и почек, возраст до 3 лет

* Дневной транквилизатор. См. Приложение 3.

Таблица 6.4

Снотворные (гипнотики)

Название	Максимальная суточная доза (мг)	Терапевтическая доза		Побочное действие	Противопоказания
		Разовая (мг)	Суточная (мг)		
1	2	3	4	5	6
Производные бензодиазепина					
Диазепам, Циклобарбитал, Реладорм	60	5–10	5–20	Сонливость, слабость, миастения, атаксия, спутанность сознания, привыкание, лекарственная зависимость	Гиперчувствительность, миастения, печеночная недостаточность, порфирия, гиперкапния, суицидальные тенденции, пожилой и детский возраст, беременность, грудное вскармливание

1	2	3	4	5	6
Нитразепам, Берлидорм, Нитросан, Радедорм-5, Эуноктин	30	5–10	5–10	Нарушение концентрации внимания, слабость, тошнота, диарея, головные боли, артериальная гипотензия, спутанность сознания, амнезия	Гиперчувствительность, миастения, недостаточность кровообращения, легочная недостаточность, синдром ночного апноэ, закрытоугольная глаукома, височная эпилепсия, беременность, грудное вскармливание
Темазепам, Сигнопам		10	10–20	-«»-	-«»- Возраст до 14 лет
Флунитразепам, Рогипнол		1	1–2	-«»-	-«»- Ранний детский возраст
Снотворные небензодиазепинового типа					
Доксиламин, Донормил	150	7,5–30	30	Слабость, сухость во рту, нарушения аккомодации, запоры, задержка мочи	Гиперчувствительность, закрытоугольная глаукома, гиперплазия предстательной железы, грудное вскармливание, детский возраст
Золпидем, Гипноген, Золпидема тартат, Ивадал, Нитрест, Санвал, Сновител	20	10	10–20	Тахикардия, спутанность сознания, нарушение координации движения, сонливость, головная боль, амнезия	Гиперчувствительность, апноэ во сне, беременность, грудное вскармливание, возраст до 15 лет

Продолжение ⇘

Окончание табл. 6.4

1	2	3	4	5	6
Зопиклон, Имован, Релаксон, Пиклодорм, Слипвелл, Сомнол	7,5	3,75–7,5	7,5	Тошнота, металлический привкус, спутанность сознания, головокружение, аллергические реакции	Гиперчувствительность, дыхательная недостаточность, беременность, грудное вскармливание, возраст до 15 лет
Клометиазол, Гиминервин	600	300	300	Тахикардия, дыхательная недостаточность, головная боль, сонливость, тошнота, рвота, нарушение сердечного ритма, артериальная гипотензия	Гиперчувствительность, легочная недостаточность, детский возраст

Таблица 6.5

Нормотимики

Название	Максимальная суточная доза (мг)	Терапевтическая доза		Побочное действие	Противопоказания
		Разовая (мг)	Суточная (мг)		
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Лития карбонат*, Комтемнол, Микалит, Седалит	1200	100–300	300–900	Сонливость, слабость, диспептические расстройства, полиурия, полидипсия, аллергические реакции. Отравление литием – концентрация в плазме крови больше 2 ммоль/л	Нарушения функции почек, болезнь Аддисона–Бирмера, дисфункции щитовидной железы, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения проводимости, беременность, грудное вскармливание
Ламотриджин, Ламиктал, Ламитор, Ламолеп	400	25–50	25–100	См. Антиконвульсанты	См. Антиконвульсанты
Карбамазепин, Тегретол, Финлепсин	1600	100–200	400–800	-«»-	-«»-
Вальпроат натрия, Антилепсин, Ацедипрол, Депакин, Депакин энтерик, Конвулекс	1800	300	600–900	-«»-	-«»-

* При проведении лечения постоянно контролируется уровень концентрация лития в сыворотке крови больного. Допускается 0,6–0,8 ммоль/л. Побочные эффекты зависят от концентрации лития в сыворотке крови, при показателях выше 1,3–1,5 отмечается повышение мышечного тонуса, аритмия, коллапс, нарушения ритма дыхания, сердечная недостаточность, кома.

Таблица 6.6

Ноотропы

Название	Максимальная суточная доза (мг)	Терапевтическая доза		Побочное действие	Противопоказания
		Разовая (мг)	Суточная (мг)		
1	2	3	4	5	6
Аминофенилмасляная кислота, Фенибут	1500	250–500	750	Тошнота, гипертермия, нарушения сна	Гиперчувствительность
Гамма-аминомасляная кислота, Аминалон		500–1000	3000–3750	-«»-	-«»-
Гопантеновая кислота, Кальция гопантенат, Пантогам		250–500	1500–3000	Раздражительность, нарушения сна, диспептические расстройства, головокружение	Гиперчувствительность, тяжелая почечная недостаточность, I триместр беременности, грудное вскармливание
Деанола ацеглумат, Деманол, Нооклерин	10 000	1000	2000–3000	-«»-	-«»-
Меклофеноксат, Ацефен		250–500	750–1500	Раздражительность, нарушения сна, тревога, головокружение, гастралгия, изжога	-«»-

1	2	3	4	5	6
Никотиноил гамма-аминомасляная кислота, Пикамилон	300	20–50	40–200	Раздражительность, нарушения сна, тревога, головокружение, аллергические реакции	-«»-
Пирацетам, Луцетам, Ноотропил, Пирамен, Церебрил	8000	400–1200	2400–3200	Раздражительность, нарушения сна, диспептические расстройства, головокружение, головная боль	Гиперчувствительность, тяжелая почечная недостаточность, геморрагический инсульт, беременность, грудное вскармливание
Пиритинол, Энербол, Энцефабол		50–100	200–600 детям 50-300	-«»- Усиление тревоги, бессонница	-«»- Эпилепсия, нарушение показателей крови, миастения, пузырчатка, гиперчувствительность к пенициллину, непереносимость фруктозы
Фенотропил	750	50–100	200–300	Раздражительность, нарушения сна, диспептические расстройства, головокружение, головная боль, психомоторное возбуждение, артериальная гипертензия	Гиперчувствительность, тяжелая почечная недостаточность, геморрагический инсульт, беременность, грудное вскармливание
Церебролизин			В/м 1–5, в/в 10	-«»-	Острая почечная недостаточность, эпилептический статус

Продолжение ⇘

Окончание табл. 6.6

1	2	3	4	5	6
Этилметилгидроксипиридин сукцинат, Мексидол	*p/os* 800	В/м 100, *p/os* 125	В/м 100–400, *p/os* 250–500	Раздражительность, нарушения сна, диспептические расстройства, головокружение, головная боль, психомоторное возбуждение, артериальная гипертензия	Гиперчувствительность, тяжелая почечная недостаточность, геморрагический инсульт, беременность, грудное вскармливание
Этилтиобензимидазола гидробромид, Бемитил	150	250	500–700	Тошнота, гипертермия, расстройства сна	Гиперчувствительность, психомоторное возбуждение, эпилепсия, артериальная гипертензия, глаукома, аритмия, ишемическая болезнь сердца, гипогликемия, беременность, грудное вскармливание

Таблица 6.7

Антиконвульсанты

Название	Максимальная суточная доза (мг)	Терапевтическая доза		Побочное действие	Противопоказания
		Разовая (мг)	Суточная (мг)		
1	2	3	4	5	6
Барбексаклон, Малиазин		100–200	200–400	Привыкание, синдром отмены, нарушения функции печени и почек, угнетение дыхания, бронхоспазм, гипотония, головная боль, головокружение, слабость, подавленность, светобоязнь, гипорефлексия, мегалобластная анемия, тромбоцитопения, аллергические реакции. Усиливает эффект аналгетиков, нейролептиков, транквилизаторов, трициклических антидепрессантов, алкоголя	Гиперчувствительность, порфирия, анемия, бронхиальная астма, дыхательная недостаточность, нарушения функции печени и почек, сахарный диабет, гипертиреоз, надпочечниковая недостаточность, гиперкинезы
Бекламид, Гибикон, Нидран, Хлоракон	6000	250–500	2000	Головокружение, боли в эпигастральной области, изжога, тошнота, рвота	Гиперчувствительность
Бензобамил	600	25–200	300	Сонливость, подавленность, привыкание	Гиперчувствительность, артериальная гипертензия, поражения печени и почек, декомпенсация сердечной деятельности

Продолжение ⇘

Продолжение табл. 6.7

1	2	3	4	5	6
Бензобарбитал, Бензонал	800	100–200	600	Привыкание, синдром отмены, нарушения функции печени и почек, угнетение дыхания, бронхоспазм, гипотония, головная боль, головокружение, слабость, подавленность, светобоязнь, гипорефлексия, анемия, тромбофлебит аллергические реакции. Усиливает эффект анальгетиков, нейролептиков, транквилизаторов, трициклических антидепрессантов, алкоголя	Гиперчувствительность, порфирия, анемия, бронхиальная астма, дыхательная недостаточность, нарушения функции печени и почек, сахарный диабет, гипертиреоз, надпочечниковая недостаточность, гиперкинезы, депрессивные состояния
Вальпроат натрия, Антелепсин, Ацедипрол, Депакин, Депакин энтерик, Конвулекс	2400	300	900–1500	Диспепсические расстройства, нарушения функции печени, панкреатит, нарушения сознания, ступор, депрессия, слабость, агрессивность, галлюцинации, энцефалопатия, атаксия, дизартрия, нистагм, алопеция, тромбоцитопения, гипофибриногенемия, эозинофилия, лейкопения, анемия, дисменорея, аменорея, увеличение массы тела, фотосенсибилизация, аллергические реакции. Усиливает эффект других антиэпилептических препаратов, нейролептиков, антидепрессантов, барбитуратов, транквилизаторов, алкоголя	Гиперчувствительность, нарушения функции печени, почек, поджелудочной железы, гепатит, геморрагический диатез, I триместр беременности

1	2	3	4	5	6
Габапентин, Габагамма, Конвалис, Нейронтин, Тебантин	3600	300	900–3600 (в 3 приема)	Сонливость, головокружение, атаксия, увеличение массы тела	Гиперчувствительность
Карбамазепин, Тегретол, Финлепсин	1600	100–200	400–1200	Сонливость, головокружение, головные боли, диплопия, нейтропения, гипокальциемия, нарушения сердечного ритма, агранулоцитоз, апластическая анемия, гепатотоксичность, тромбоцитопения, синдром Стивена–Джонсона	Нарушения мозгового кровообращения, атриовентрикулярная блокада, порфирия, применение ингибиторов МАО, солей лития, абсанс, миоклонические припадки
Клоназепам, Клонотрил, Ривотрил	20	0,5–1	2–4	Сонливость, головокружение, головные боли, атаксия, возбуждение, гиперсаливация, психозы, аллергические реакции, тромбоцитопения	Гиперчувствительность, нарушения функции печени, почек, миастения, глаукома, угнетение дыхательного центра, алкогольная, наркотическая, лекарственная зависимость
Ламотриджин, Ламиктал, Ламитор, Ламолеп	400	25–50	100–200	Сонливость, диплопия, головокружение, головные боли, атаксия, аллергические реакции, синдром Стивена–Джонсона	Гиперчувствительность, печеночная недостаточность, возраст до 2 лет
Леветирацетам, Кеппра		250	1000–3000	Сонливость, головокружение, астения	Гиперчувствительность, беременность, грудное вскармливание, возраст до 16 лет

Продолжение ↳

Окончание табл. 6.7

1	2	3	4	5	6
Топирамат, Топамакс	1600	25	200–400	Нарушение концентрации внимания, атаксия, спутанность сознания, астения, парестезии, сонливость, нарушения мышления. Возможно анорексия, амнезия, афазия, диплопия, депрессия, нистагм	Гиперчувствительность, почечная недостаточность
Фенитоин, Дифенин			150–500	Нистагм, атаксия, сонливость, головокружение, астения, анорексия, мегалобластная анемия, гипергликемия, остемаляция, гирсутизм, синдром Стивена–Джонсона, контрактура Дюпюитрена, гепатоксичность, тератогенность	Нарушение функций печени и почек, синдром Морганьи–Адамса–Стокса, AV-блокада, синоауриклярная блокада, синусовая брадикардия, порфирия, беременность, грудное вскармливание
Фенобарбитал	200	50–100	50–200, терапевтическая концентрация в плазме крови – 10–40 мкг/мл	Алгии, утомляемость, депрессия, дефицит фолатов, гипокальциемия, остеомаляция, аллергические реакции, гепатотоксичность, тератогенность	Гиперчувствительность, печеночная и почечная недостаточность, миастения, алкогольная, наркотическая зависимость
Примидон, Гексамидин	1500	100–125	750–1000	Сонливость, головокружение, астения, тошнота, рвота, нистагм, атаксия, артралгии, лейкопения, лейкоцитоз, аллергические реакции	-«»-
Этосуксимид, Азамид, Суксилеп		250	1000	Тошнота, рвота, тревога, сонливость, головные боли, редко психоз, эозинопения, лейкопения, панцитопения, апластическая анемия, аллергические реакции	Гиперчувствительность, почечная недостаточность, беременность, грудное вскармливание

Таблица 6.8

Корректоры

Название	Максимальная суточная доза (мг)	Терапевтическая доза		Побочное действие	Противопоказания
		Разовая (мг)	Суточная (мг)		
1	2	3	4	5	6
Амантадин, ПК-мерц	400	При в/в введении 100. Скорость инфузии 50–60 капель/мин	100–300	Головокружение, инсомния, тревога, раздражительность, возбуждение, снижение остроты зрения, тремор, судороги, зрительные галлюцинации, тахикардия, сердечная недостаточность, анорексия, тошнота, сухость во рту, диспепсия, полиурия, никтурия, задержка мочи, периферические отеки, дерматоз	Гиперчувствительность, психотические состояния, эпилепсия, тиреотоксикоз, глаукома, аденома предстательной железы, печеночная и/или почечная недостаточность, беременность (I триместр), грудное вскармливание
Бенактизин, Амизил		1–2	8	Мидриаз, эйфория, головокружение, сухость во рту, тошнота, запор. Усиливает эффект анальгетиков, нейролептиков, транквилизаторов, местноанестезирующих средств. Ослабляет эффект антихолинэстеразных и М-холиномиметиков	Гиперчувствительность, закрытоугольная глаукома, аденома предстательной железы, печеночная и/или почечная недостаточность, беременность, грудное вскармливание

Продолжение ⇘

Окончание табл. 6.8

1	2	3	4	5	6
Бипереден, Акинетон	16	2	6–8	Сухость во рту, запоры, нарушения аккомодации зрения, повышение внутриглазного давления, тахикардия, головокружение, головная боль, задержка мочеиспускания, раздражительность, психозы, аллергические реакции	Аденома предстательной железы, закрытоугольная глаукома, кишечная непроходимость, стеноз желудочно-кишечного тракта, деменция, беременность
Тригексифенидил, Циклодол, Паркопан	16	2–8	6–10	Сухость во рту, запоры, нарушения аккомодации зрения, повышение внутриглазного давления, тахикардия, головокружение, головная боль, задержка мочеиспускания, раздражительность, психозы, аллергические реакции	-«»-

Таблица 6.9

Адаптогенные средства, активизирующие психическую деятельность с ноотропным эффектом

Название	Максимальная суточная доза (мг)	Терапевтическая доза		Побочное действие	Противопоказания
		Разовая (мг)	Суточная (мг)		
Ацетиламино-янтарная кислота, Когитум		250–500	750	Аллергические реакции	Гиперчувствительность, беременнлсть, грудное вскармливание, психомоторное возбуждение, глаукома, эпилепсия, артериальная гипертония, аритмия, ишемическая болезнь сердца
Этилтиобензимидазола гидробромид, Беметил	1500	250	500–750	Тошнота, гипертермия, расстройства сна	-«»-

Таблица 6.10

Препараты для лечения деменции альцгеймеровского типа

Название	Максимальная суточная доза (мг)	Терапевтическая доза		Побочное действие	Противопоказания
		Разовая (мг)	Суточная (мг)		
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Ривастигмин, Экселон	12	1,5	3–6	Астения, головокружение, возбуждение, бессонница, депрессия, снижение массы тела, тремор	Гиперчувствительность

Продолжение ⇘

Окончание табл. 6.10

1	2	3	4	5	6
Галантамин, Реминил	24	4	8–16	Головокружение, сонливость, бессонница, депрессия, снижение массы тела, тремор, брадикардия, ринит	Гиперчувствительность
Ипидакрин, Амиридин, Нейромедин	200	5–20	40–60	Миоз, гиперперистальтика желудочно-кишечного тракта, гипотензия, бронхоспазм, тошнота, рвота, атаксия, диарея, анорексия	Эпилепсия, бронхиальная астма, брадикардия, аритмии, нарушения функции печени, заболевания сердечно-сосудистой системы
Донепезил гидрохлорид, Алзепил, Арисепт, Яснал	10	5	10	Тошнота, рвота, бессоница, диарея, анорексия, возможно экстрасистолия, блокады, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, психомоторное возбуждение	Беременность, грудное вскармливание
Холина альфосцерат, Глиатилин		400	1200	Тошнота	Гиперчувствительность, грудное вскармливание
Мемантин, Акатинола мемантин, Нооджерон	30	5	10–20	Головокружение, астения, повышенная возбудимость, тошнота	Нарушения функции печени и почек, нарушения функции центральной нервной системы, патология сердечно-сосудистой системы, беременность

Таблица 6.11

Препараты для лечения зависимости

Название	Максимальная суточная доза (мг)	Терапевтическая доза		Побочное действие	Противопоказания
		Разовая (мг)	Суточная (мг)		
1	2	3	4	5	6
Алкогольная зависимость					
Дисульфирам, Антабус, Лидевин, Радотер, Тетурам, Эспираль			300–500 *p/os* с последующим снижением до 250–125 либо имплантация 8 таблеток	Диспептические расстройства, гепатиты, полиневриты, атаксия, астенические расстройства, психозы, снижение памяти, тромбозы, аллергические реакции	Тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, гепатиты, цирроз печени, почечная недостаточность, сахарный диабет, эпилепсия, алкогольная полинейропатия; несовместимость с алкоголем и алкогольсодержащими средствами, фенитоином, изониазидом, метронидазолом; беременность, грудное вскармливание
Цианамид, Колме			36–75 (12–25 капель)	Диспептические расстройства, гепатиты, полиневриты, атаксия, астенические расстройства, психозы, снижение памяти, тромбозы, лейкопения, аллергические реакции	Гиперчувствительность, почечная и печеночная недостаточность, диабет, эпилепсия, психические заболевания, беременность, грудное вскармливание
Опиоидная зависимость					
Налоксон		0,2–0,4	Доза выбирается в зависимости от конкретного клинического случая	Тошнота, рвота, тахикардия	Гиперчувствительность

Продолжение ⇘

Окончание табл. 6.11

1	2	3	4	5	6
Налтрексон, Антаксон		50	100 по индивидуальной схеме	Диспептические расстройства, артралгии, тромбоцитопеническая пурпура, аллергические реакции	Гиперчувствительность, гепатит, цирроз
Никотиновая зависимость					
Никотин, Никоретте, Никвитин			Жевательные пастилки 2–4, пластырь 5–15 удерживать в течение 10–20 часов	Тошнота, алгии, головокружение, аритмии, токсикодермия	Стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, аритмии, беременность, грудное вскармливание, возраст до 18 лет и старше 65
Анабазин, Анабазина гидрохлорид, Гамибазин, Пленка с анабазина гидрохлоридом		1 пленка 1 резинка 1 таблетка	Пленка: приклеивают на слизистую десны 4–8 раз в сут, 3–5 дней, далее по индивидуальной схеме. Жевательная резинка: по 1 резинке 4 раза в сут, 4–5 дней, далее по индивидуальной схеме. Таблетки: по 1 таб. внутрь, сублингвально 8 раз в сут, 5 дней	Тошнота, алгии, головокружение, повышение АД, токсикодермия	Гиперчувствительность, кровотечение, артериальная гипертензия, атеросклероз

Примечание к табл. 6.1–6.11. Психофармакологические и противоэпилептические препараты, разрешенные к применению в России / Под. ред. проф. С.Н. Мосолова. — 2-е изд., испр. и перераб. — М.: Изд-во «Бином», 2004. — 295 с.
Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2007. — 260 с.
Дозировки и рекомендации приведены в соответствие с инструкциями по медицинскому применению препаратов, зарегистрированных для использования на территории Российской Федерации.

Общие принципы проведения психофармакотерапии. Терапия психотропными средствами проводится как в условиях психиатрического стационара, так и во внебольничных условиях.

Лечение больных может проводиться в форме:

- монотерапии (использование одного препарата);
- комбинированной терапии (применение нескольких препаратов).

Выбор препарата определяется характером психических расстройств больного, нозологической принадлежностью нарушений, индивидуальной переносимостью лекарственных средств, соматическим состоянием пациента.

В проведении психофармакотерапии можно выделить три этапа:

1) купирования острой психотической симптоматики;
2) стабилизации психического состояния пациента;
3) поддерживающей терапии.

Терапия нейролептическими средствами проводится оптимальными дозами, непрерывно, с последующим переходом на поддерживающую терапию. Современные нейролептики обладают выраженным антипсихотическим действием в сочетании с седативным или стимулирующим, что позволяет использовать лекарственные средства данной группы для лечения психопатологических состояний эндогенного, экзогенного, психогенного генеза с продуктивной (в большей степени) и с негативной (отдельные препараты) симптоматикой. Лечение обычно начинают с малых доз с постепенным достижением оптимальных терапевтических. Темп наращивания доз, метод введения препарата определяются в основном состоянием больного. Если больной никогда не принимал нейролептиков (индивидуальная чувствительность к ним неизвестна) или нет достаточно полных данных о его соматическом состоянии, увеличивать дозы следует осторожно во избежание осложнений. Повышение доз может потребоваться при резистентности (снижение чувствительности) к препарату и соответственно снижением его эффективности; резистентность обычно возникает при терапии хронических психических заболеваний у пациентов, неоднократно проходивших терапию нейролептиками, иногда в конце курса лечения. В таких случаях лучше сменить препарат

или перейти на комбинированную терапию, кроме того, может применяться так называемый метод зигзага, т.е. отмена препарата и после определенного перерыва быстрое наращивание доз.

В случаях острых психопатологических состояний (возбуждение, галлюцинаторно-бредовые расстройства, аффективные нарушения и др.) нейролептическая терапия начинается с больших (средних) доз препаратов.

Побочные явления наблюдаются обычно на начальных этапах психофармакологической терапии и прямо зависят от дозы и типа препарата.

Неврологические побочные эффекты включают прежде всего экстрапирамидные расстройства:

- гипокинезию — ограничение двигательной активности, повышение тонуса мускулатуры конечностей, скованность движений, редкое мигание, охриплость, иногда отмечается шепотная речь;
- дискинезию — нарушение двигательных функций. Дискинезии сопровождаются напряжением преимущественно глотательной и жевательной мускулатуры, мышц языка, хоботково-судорожными движениями губ, стремлением открыть рот и высунуть язык. В некоторых случаях к этим расстройствам присоединяются затруднения дыхания и фонации. При генерализации дискинезии приобретают вид экзитомоторных кризов с вегетативными нарушениями — недомоганием, слабостью, тахикардией, потливостью;
- акатизию — непоседливость, потребность менять положение тела, постоянное ощущение внутреннего возбуждения. В наиболее тяжелых случаях отмечаются тревога, ажитация и расстройства сна.

При поздних дискинезиях преобладают ограниченные гиперкинезы (чаще всего в оральной области), сочетающиеся с явлениями паркинсонизма (гипомимия, нерезкая общая акинезия с повышением пластического тонуса). Эти расстройства возникают, как правило, после длительной нейролептической терапии, чаще всего у органически стигматизированных и пожилых больных, и сохраняются почти полностью не только после снижения доз, но и долгое время после отмены лекарств.

Экстрапирамидные расстройства служат показанием к назначению корректоров. Высокие дозы корректоров целесообразны лишь в случае тяжелых осложнений: при нейролепсии наиболее эффективны антипаркинсонические средства.

Экстрапирамидные расстройства, сохраняющиеся после отмены психотропных средств, особенно поздние гиперкинезы, как правило, резистентны к корректорам. Такие явления редуцируются после присоединения к корректорам транквилизаторов, больших доз витаминов, препаратов из группы ноотропов.

Возможны психические нарушения, прежде всего депрессия. Эти нарушения возникают обычно вслед за паркинсонизмом, гиперкинезами и акатизией. Депрессия сопровождается тревогой, тоской, нарушениями сна.

Среди вегетативных расстройств при лечении психотропными средствами наблюдаются гипо- или гипертония, бради- или тахикардия, стенокардическая боль, возможны гиперсаливация, сухость во рту, диарея, запор, потливость, приливы, покраснение кожных покровов, полиурия или затруднение мочеиспускания, потеря аппетита или булимия, тошнота, рвота, гипертермия. Как правило, вегетативные расстройства наиболее выражены в первые недели терапии, а затем, по мере адаптации к ней, постепенно нивелируются.

С особым вниманием следует относиться к возможности возникновения:

- ортостатической гипотензии, которая может сопровождаться коллапсом, прежде всего у пожилых больных;
- нарушений мочеиспускания;
- провоцирования острого приступа глаукомы.

Соматические осложнения: токсико-аллергические реакции, дерматиты, артриты, отеки в области лица и конечностей, чаще развиваются при нейролептической терапии, возможны и при назначении антидепрессантов и (реже) транквилизаторов. Наиболее распространены аллергические дерматиты с макулезно-папулезными, экзематозными высыпаниями, крапивницей. Как правило, поражается кожа открытых участков тела — лицо, шея, внутренние поверхности предплечий, кисти рук. Буллезный дерматит — тяжелая форма дерматитов — возникает преимущественно при применении аминазина и других нейролептиков.

6.2. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Электросудорожная терапия (ЭСТ). Электросудорожная терапия — метод лечения психических нарушений путем искусственного шокового состояния с использованием минимальной судорожной дозы электрического тока (подбирается индивидуально). В настоящее время ЭСТ проводится на фоне миорелаксантов и внутривенной анестезии. ЭСТ применяется для лечения аффективных расстройств (прежде всего эндогенных депрессий), резистентных к антидепрессантам. Возможно применение ЭСТ для терапии гипертоксической формы шизофрении, кататонического синдрома, а также в случаях резистентных состояний обсессивно-компульсивных и тревожно-фобических расстройств. Побочные эффекты включают нарушения памяти, возможны вывихи, разрывы связок и мышц.

Инсулинотерапия — метод лечения психических нарушений путем проведения курса шоковых состояний (оглушения) больного, вызванных последовательно увеличивающихся доз инсулина. В настоящее время метод применяется редко.

Фототерапия — метод лечения аффективных расстройств (депрессий) ярким белым светом (*bright light therapy*). Яркий свет оказывает многостороннее влияние на организм человека, изменяя его настроение, поведение и т.п. (Rosental N.E., 1980; Lewi A., 1983, 1989). В основе действия световой терапии лежит мелатониновая (мелатонин — гормон шишковидной железы) теория сезонных аффективных расстройств и связанная с ней теория сдвига циркадных ритмов человека. Считается, что свет может оказывать влияние на нейротрансмиттерные системы — серотониновую и дофаминовую.

Фототерапия применяется для лечения депрессий (сезонных и несезонных), расстройств сна, психовегетативных нарушений.

Терапия депривацией ночного сна — метод лечения депрессий путем изменения ритма «сон – бодрствование» больного.

6.3. ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия — комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств, направленных на устранение психопато-

логических проявлений у больного, изменения отношения его к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Психотерапия разделяется на общую и частную, касающуюся применения специальных психотерапевтических методик при различных заболеваниях.

Под общей психотерапией понимается весь комплекс психических факторов позитивного воздействия на больного, преследующих цель создания терапевтического режима, исключающего дополнительную психотравматизацию и ятрогению.

Частная психотерапия — это применение определенных психических методов лечения при различных заболеваниях. При этом специальные методики психотерапии выступают как отдельные способы лечения, применяемые самостоятельно как главное средство воздействия или совместно с другими средствами и методами как часть комплексного лечения, а также как дополнительный метод психокоррекции. При применении специальных видов психотерапии — рациональной, суггестивной, гипносуггестивной, аутотренинга, наркопсихотерапии и др. — используются и другие виды лечения, в частности, психотропные средства. Психотерапия, в свою очередь, обладает способностью по механизму косвенного внушения усиливать лечебный эффект лекарств.

Гипноз — погружение пациента в гипнотическое состояние — прием, позволяющий усилить действие лечебного внушения и тем самым добиться необходимого терапевтического эффекта.

Гипноз — состояние пациента, отличающееся избирательностью в усвоении информации, с чем и связана действенность психотерапевтического внушения.

Лечебные методики гипнотерапии разнообразны и выбираются в зависимости от конкретной задачи — индивидуальные и коллективные сеансы гипнотерапии, гипноз-отдых, удлиненная гипнотерапия, гипнокатарсис, сочетание гипноза с процедурами электросна.

Рациональная психотерапия — обращение к разуму человека, к его логике. Рациональная психотерапия отличается строго индивидуальным подходом в общении с пациентом. В ходе терапии используются принципы логического мышления, возможность анализировать информацию и профессиональные знания

врача для критического разбора ошибок в логических построениях больного, разъясняются причины болезни. Рациональная психотерапия базируется на переубеждении, точности, последовательности выдвигаемых врачом положений, понятных для больного и воспринимаемым им в процессе терапии в качестве личных суждений.

Аутогенная тренировка — метод самовнушения.

Внушаемость могут повысить предваряющие внушения мышечная релаксация и самоуспокоение. Эффект при аутогенной тренировке — комплексный, зависящий и от накопления положительного действия состояний релаксации, и от закрепления внушаемых самому себе необходимых представлений и ощущений. Классическая методика предполагает выработку навыка вызывания у себя управляемых физиологических состояний и ощущений — мышечного расслабления, чувства тяжести, ощущения тепла в конечностях и эпигастрии, успокоения ритма сердечной деятельности и дыхания.

Многочисленные модификации методики направлены на облегчение и ускорение достижения определенного уровня овладения как физиологическими, так и психическими процессами. Аутогенная тренировка направлена на снижение (устранение) тревожных переживаний, эмоционального напряжения, уменьшение интенсивности страхов. Метод эффективен при невротических и иных заболеваниях.

Коллективная и групповая психотерапия — лечебные методики, использующие привычные для индивида состояния пребывания в коллективах — семейных, учебных, производственных. Болезнь, как правило, создает состояние социальной дезадаптации, создающей у пациента ощущение «изолированности», одиночества, непреодолимости сложившихся обстоятельств. При объединении больных в группу возникают условия для взаимной индукции, позитивного сравнения состояния. Терапевтическое влияние врача дополняется своеобразным дополнительным воздействием коллектива, что в конечном итоге становится основой для психотерапевтического воздействия.

При проведении групповых занятий последовательно обсуждаются общие закономерности течения психических расстройств, формируются активная позиция преодоления страдания, пози-

тивная жизненная перспектива. Одновременно решаются задачи активизации, успокоения, отвлечения. Важным разделом коллективной психотерапии является семейная психотерапия, направленная на коррекцию положения пациента в семье.

Игровая психотерапия и психотерапия творчеством — лечебные методы, в которых используется позитивное воздействие на пациента с помощью моделирования ситуации в игровых ситуациях, с поиском (и формированием) адекватного разрешения психотравмирующих ситуаций. Терапия творчеством — методика, использующая возможности пациента для самореализации в доступных формах творческой деятельности.

Эмоционально-стрессовая психотерапия. Система активного лечебного вмешательства, которое заставляет больного на исключительно высоком эмоциональном уровне пересмотреть и радикально изменить отношение к себе, к своему болезненному состоянию и окружающей микросоциальной среде. Эмоционально-стрессовая психотерапия адресуется как к сознанию больного, так и к сфере его психически бессознательного. Эмоционально-стрессовая психотерапия осуществляет лечение методом формирования позиций и интересов больного, противостоящих «погружению» в переживания болезненных проявлений. Кроме того, она способствует преодолению депрессивного аффекта.

Применение метода эмоционально-стрессовой психотерапии включает следующие методики.

Диалог — эмоционально интенсивная психотерапевтическая беседа — путем специально поставленных вопросов подводит пациента к адекватному и позитивному осознанию необоснованности своих негативных эмоциональных переживаний, тревоги, фобий. В процессе диалога у пациента формируется навык самостоятельно и адекватно определять характер нарушений взаимоотношений с окружающими и актуальными индивидуальными проблемами. У пациента складывается впечатление, что он самостоятельно сформировал оздоровительные принципы поведения.

В ходе психотерапевтического процесса формируется «экстаз одухотворяющей цели». Во время проведения занятий степень эмоционального напряжения достигает уровня самоспасения индивида в чрезвычайных ситуациях.

Динамическая психотерапия. Личностно-ориентированная психотерапия — методика лечебного воздействия, направленная на улучшение взаимоотношений индивида. При проведении психотерапевтического воздействия осуществляется всестороннее изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, специфики формирования, структуры системы его отношений с последующим изучением этиологических и патогенетических механизмов, способствовавших возникновению и сохранению патологического состояния. В последующем у больного должно сформироваться осознанное понимание причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и заболеванием, а также изменение реакций и форм поведения. Индивидуальная психотерапия строится на общении психотерапевта с больным.

Групповая психотерапия — личностно-ориентированная психотерапия в групповой форме. Специфичность воздействия заключается в использовании взаимоотношений, возникающих между участниками группы.

Основные задачи группового психотерапевта — побуждение членов группы к выявлению собственных отношений, установок, реакций и формирование на их основе взаимного анализа и обсуждения позитивных форм реагирования и поведения. Для достижения терапевтических целей используются вербальные и невербальные методы воздействия. К вербальным относят сбор значимой информации, интерпретацию, убеждение и переубеждение, предоставление информации. К невербальным средствам относятся мимика, жестикуляция и модуляция голоса.

Психоаналитическая психотерапия

Психоанализ — анализ бессознательных переживаний пациента. Психотерапевт способствует проявлению и пониманию пациентом сути имевших место бессознательных переживаний, связанных со скрытыми сексуальными переживаниями. Методика свободных ассоциаций является основным способом взаимодействия психотерапевта с «бесцензурным» содержанием психики пациента. Конфронтация обращена к распознаванию пациентом специфических психических явлений, подлежащих исследованию. Интерпретация служит наиболее важной процедурой, а прорабатывание — наиболее длительной частью пси-

хотерапии. Прорабатывание обязательно включает самостоятельную работу пациента.

Поведенческая (бихевиористская) психотерапия — одно из ведущих и широко распространенных в настоящее время направлений в психотерапии. В рамках поведенческой психотерапии могут быть выделены метод конфронтации-десенсибилизации и приемы, характеризующие эмоционально-поведенческую терапию.

Методы конфронтации и десенсибилизации. Эти методы применимы прежде всего к лечению больных фобиями, возникающими в определенной ситуации (высоты, закрытых помещений и т.п.). Методики конфронтации могут быть быстрыми и постепенными и различаться по силе воздействия стимула в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

Конкретными методиками конфронтации являются методики погружения (или наводнения) и имплозии (наводнения в воображении).

Методика наводнения (*погружения*). Сущность методики заключается в том, что пациента «погружают» в ситуацию, вызывающую страх и позволяют убедиться в отсутствии негативных последствий. Для этого пациент должен находиться в этой ситуации как можно дольше, последовательно становясь активным участником лечения. Больной обязательно получает необходимую информацию о механизмах действия метода и причинах страха. Определяются задачи, которые пациент должен согласиться выполнить. Существенную помощь могут оказать члены семьи пациента, которых следует ознакомить с задачами лечения и существом метода. Интенсивность конфронтации с вызывающим страх стимулом и преимущества быстрой или постепенной конфронтации индивидуальны. Следует исключать возможность использования механизмов скрытого избегания.

Пребывание в ситуации, вызывающей страх, должно быть длительным — не менее 45 мин. Последующие тренировки проводятся ежедневно до полного выполнения всей программы лечения. Обязательным является письменное фиксирование самостоятельных тренировок в периоды между заданиями (позиционное подкрепление), выполняющимися в присутствии медицинского персонала.

Методика имплозии (*Имаго-терапия*) — при ее проведении пациенту предлагается вообразить вызывающую страх ситуацию в течение максимально длительного периода. Цель имплозивной терапии — вызвать переживание интенсивного страха в воображении, которое приведет к уменьшению последнего в реальной ситуации. Угашение страха происходит в результате длительного столкновения с ситуацией, ранее сопровождавшейся страхом.

Гуманистическая (экзистенциально-гуманистическая) психотерапия. Психотерапевтическое воздействия направлены на пациента, а не просто на купирование психических расстройств. Формируется так называемый «терапевтический союз» психотерапевта и пациента. При проведении лечебного воздействия важнее всего смысл (контекст) психотерапии, не то, что психотерапевт говорит, а то, что он из себя представляет (кем он является). Цель всех технических приемов — стремление к проникновению в феноменологический мир пациента.

Гештальттерапия. Феноменологический подход гештальттерапии побуждает пациента к расширению осознания того, что происходит с ним в данный момент, чтобы замечать, как он препятствует процессу саморегуляции. Большое внимание психотерапевт уделяет «языку тела», являющемуся более информативным, чем вербальный язык. Психотерапевта интересует, что делает пациент в данный момент и как он это делает. Фрагментирование личности часто устанавливается по рассогласованию между вербальным и невербальным проявлениями. Технические процедуры в гештальттерапии называются играми. Это разнообразные действия, выполняемые пациентами по предложению психотерапевта, которые делают возможными проведение психологического эксперимента с самим собой и другими участниками группы.

Нейролингвистическое программирование. Психотерапевтический метод, использующий специфический анализ лингвистических структур пациента, стабилизирующий аффективное состояние и формирующий программы (стратегии) поведения, направленные на преодоление имеющихся нарушений. Может применяться как самостоятельный метод, так и в качестве основы комплексной терапии, позволяя пациентам видоизменить свое восприятие существующих проблем, определить наиболее адекватный путь «выхода из болезни».

7 НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

К состояниям, требующим неотложных организационно-медицинских мероприятий в психиатрии, относятся:

1. Острые психотические расстройства, сопровождающиеся психомоторным возбуждением, суицидальным, агрессивным поведением, отказом от еды.
2. Острые психотические расстройства, сопровождающиеся выраженными соматическими нарушениями (ургентные состояния).
3. Острые осложнения психофармакотерапии.

К психическим расстройствам, сопровождающимся нарушениями поведения, относят маниакальный, маниакально-параноидный, галлюцинаторный, галлюцинаторно-параноидный, параноидный, депрессивный, депрессивно-параноидный, кататонический синдромы различного генеза, а также синдромы помрачения сознания.

Неотложные терапевтические мероприятия проводятся в условиях психиатрического стационара.

Психомоторное возбуждение купируется парентеральным введением нейролептиков с седативным действием — хлорпромазина, левомепромазина, дроперидола, зуклопентиксола, также возможно применение клопиксола-акуфаза. Проведение терапии сочетается с контролем соматического состояния больного, пре-

жде всего артериального давления и сердечной деятельности. При наличии противопоказаний к применению нейролептиков используют большие дозы транквилизаторов (диазепам).

При терапии кататонического и гебефренического возбуждения применяют нейролептики с выраженным седативным и антипсихотическим действием — хлорпромазин, левомепромазин, галоперидол, клозапин. При кататоническом возбуждении терапией выбора является электросудорожная терапия.

При терапии психопатического возбуждения используются все препараты с седативным действием. Выбор препарата определяется нозологической принадлежностью психопатического возбуждения и его выраженностью. Хороший терапевтический эффект достигается применением транквилизаторов, хлорпротиксена и галоперидола (в каплях); возможно присоединение карбамазепина, депакина, перициазина.

Неотложная терапия больных с галлюцинаторно-параноидным синдромом с нарушениями поведения включает седативные и антипсихотические мероприятия — парентеральное применение хлорпромазина, левомепромазина, трифлоуперазина, галоперидола, хлорпротиксена. Необходим постоянный контроль соматического состояния пациента.

При купировании суицидального поведения при депрессивном синдроме необходимо сочетать прием антидепрессантов с введением транквилизаторов и нейролептиков. В этих случаях возможно сочетание амитриптилина с хлорпротиксеном, клозапином, тиоридазином, алимемазином, диазепамом. В случае недостаточной эффективности психофармакотерапии возможно применение электросудорожной терапии.

При купировании суицидального поведения при депрессивно-параноидном синдроме используется комплексное применение нейролептиков — галоперидола, хлорпротиксена, клозапина, с последующим, после купировании параноидной симптоматики, присоединением антидепрессантов седативного действия (амитриптилин), а также карбамазепина, лития карбоната.

Отказ от еды может наблюдаться у больных с проявлениями кататонического, параноидного, галлюцинаторно-параноидного, депрессивного синдрома, а также при синдроме нервной анорексии. Терапия включает постельный режим, применение нейро-

лептиков, парентеральное питание, введение инсулина (до 29 ЕД подкожно, с последующим введением 40% раствора глюкозы), парентеральное применение витаминов C, B_1, B_6.

Ко второй группе состояний, требующих неотложной терапии, относятся гипертоксическая (фебрильная) шизофрения, тяжелые алкогольные делирии, острые алкогольные энцефалопатии, эпилептический статус, осложнения нейролептической терапии.

В психиатрии выделение ургентных состояний в особую группу обусловлено тем, что при них помимо патологии психической деятельности выявляются и выраженные изменения в других системах организма: сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, выделительной.

Гипертоксическая (фебрильная) шизофрения характеризуется стремительно развивающимися гипертермией, помрачением сознания, выраженными соматическими нарушениями.

Терапия фебрильного приступа наряду с применением психотропных средств и ЭСТ включает в себя следующий комплекс мероприятий.

- *Восстановление объема циркулирующей крови.* Дозировка и скорость введения объемных замещающих растворов (декстраны, плазма) зависит от величины центрального венозного давления. Для восстановления внеклеточной жидкости используются изотонический раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы, лактасол и др.
- *Коррекция дыхательных и метаболических расстройств.* Исследуются следующие показатели: pH, pO_2, pCO_2. При снижении pO_2 ниже 70 мм рт. ст. проводится искусственная вентиляция легких с содержанием 40–60% кислорода во вдыхаемой смеси, при особо тяжелом состоянии проводится искусственная вентиляция легких с положительным давлением на выдохе (10 см вод. ст.). Метаболический ацидоз корригируется молярным раствором гидрокарбоната натрия и инфузией плазмозамещающих растворов.
- *Коррекция нарушений кровообращения в системе микроциркуляции.* В этом случае наиболее эффективно применение реополиглюкина, а также полиглюкина, полидеза. При нарушениях в системе коагуляции крови применяют-

ся гепарин, фибринолизин, альбумин, ацетилсалициловая кислота. При назначении антикоагулянтов непрямого действия следует учитывать коммулятивный эффект.
- *Восстановление функции почек.* При наличии почечной недостаточности увеличивается объем инфузий с одновременным применением диуретиков.

Для парентерального питания используются белковые гидролизаты (гидролизат казеина, аминопептид) и смеси кристаллических аминокислот и раствора глюкозы (20%) в сочетании с введением инсулина (1 ЕД на 3–5 г глюкозы).

Для коррекции водно-электролитных нарушений применяются физиологический раствор, панангин, хлорид калия, раствор Рингера и Рингера—Локка. Используются также сердечные гликозиды (коргликон), антиаритмические и антигистаминные препараты (преднизолон, супрастин), антибиотики (группы пенициллина, цефалоспоринов).

Эффективным методом лечения фебрильного приступа является экстракорпоральная гемосорбция. Возможно проведение гипербарической оксигенации.

Тяжелые алкогольные делирии. К тяжелым алкогольным делириям относят профессиональный и мусситирующий делирий.

В состоянии больного отмечаются нарушения:
- со стороны сердечно-сосудистой системы — тахиаритмия, артериальная гипотония, на ЭКГ определяются увеличение интервала *P–Q*, появление отрицательного зубца *T*, формируется сердечно-сосудистая недостаточность;
- со стороны дыхательной системы — возможно формирование обструктивного бронхита, пневмонии;
- функции печени — наблюдается изменение размеров печени и ее болезненность при пальпации, при биохимических исследованиях отмечается появление прямого билирубина, гипопротеинемия, снижение содержания холестерина, протромбина, повышение фибринолитической активности;
- функции почек — выявляется протеинурия, появление в моче форменных элементов крови, гиалиновых и зернистых цилиндров и клеток почечного эпителия.

Комплекс терапевтических мероприятий включает:

- купирования психомоторного возбуждения;
- достижение медикаментозного сна;
- детоксикационную терапию;
- в особо тяжелых случаях проводится экстракорпоральная гемосорбция, а также сочетание последней с искусственной вентиляцией легких.

Гипербарическая оксигенация не является нозологически специфическим методом лечения, однако при тяжелых алкогольных делириях, при которых гипоксический фактор достаточно выражен, гипербарическая оксигенация приобретает патогенетическое значение (Жариков Н.М., 1982). Она оказывается особенно эффективной при лечении так называемых фебрильных форм алкогольного делирия, а также делириев, дебютирующих судорожными припадками.

Эпилептический статус[1]**.** Состояние, угрожающее жизни больного и требующее неотложной помощи. Основные принципы купирования эпилептического статуса: возможно раннее начало лечения, комплексность терапевтических мер с воздействием на различные звенья патологического процесса, применение дозированного наркоза и дыхательной реанимации. В трудно купируемых случаях применяют краниоцеребральную гипотермию. Возможные варианты терапии:

- длительный дозированный наркоз и введение противосудорожных средств в желудок через зонд; при дыхательных расстройствах — введение миорелаксантов, интубация трахеи и искусственная вентиляция легких. Для устранения гемоциркуляторных нарушений показаны сосудистые препараты (Карлов В.А., 1968);
- управляемая искусственная вентиляция легких, наркотические и дегидратационные препараты в сочетании с общепринятыми противосудорожными средствами (Боголепов Н.К. и соавт., 1971).

Рекомендуется ввести внутримышечно или очень медленно внутривенно гексенал (1 г) в виде свежеприготовленного 10% раствора.

[1] Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — С. 51–53.

После введения гексенала (или независимо от этого) следует ввести внутривенно раствор сульфата магния (5–10 мл 25% раствора на 40% растворе глюкозы), который пролонгирует и усиливает действие гексенала. Эффективность сульфата магния возрастает, если сочетать его с димедролом или пипольфеном и сосудорасширяющими средствами.

Как крайнюю меру применяют спинномозговую пункцию с выпусканием цереброспинальной жидкости (до 20 мл).

Возможно внутривенное введение в случае неэффективности 2–3 мл 2,5% раствора (50–75 мг) аминазина в 20 мл 40% раствора глюкозы. Вводить внутривенно аминазин с глюкозой лучше в короткие межприступные промежутки, медленно. При необходимости такое введение можно повторить в меньшей дозе (Болдырев А.И., 1971; Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1981). Введение аминазина целесообразно только на ранних этапах эпилептического статуса. На позднем этапе, когда развиваются расстройства сердечной деятельности и функции дыхания, введение аминазина может быть опасно для жизни больного.

Эффективным способом купирования эпилептического статуса является внутривенное введение диазепама (седуксена) 4–12 мл 0,5% раствора на 20 мл изотонического раствора хлорида натрия или 40% раствора глюкозы. Препарат нужно вводить медленно, наиболее целесообразно капельное внутривенное введение 0,5% раствора седуксена на изотоническом растворе хлорида натрия (из расчета 40–80 мг седуксена в сутки) (Боголепов Н.К. и соавт., 1971).

При лечении эпилептического статуса особое внимание следует уделять контролю за состоянием сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При необходимости применяют сердечные средства: кофеин-бензоат натрия, кордиамин (камфора противопоказана!), адонизид; стимуляторы дыхания (цититон, лобелин). Для устранения метаболического ацидоза внутривенно капельно вводят 4% раствор гидрокарбоната натрия (150–400 мл).

Для борьбы с гипертермией применяют литические смеси — 2,5% раствор аминазина, 1% раствор димедрола или 2,5% раствор пипольфена, 50% раствор анальгина, 2% раствор промедола. Для борьбы с отеком мозга показаны внутримышечные инъекции фонурита, лазикса.

Тяжелые нейролептические осложнения

Злокачественный нейролептический синдром. Характеризуется повышением мышечного тонуса, гипертермией, гипертонией (или гипотонией), тахикардией, помрачением сознания. Отмечаются мышечные боли. Существенные нарушения выявляются при лабораторном исследовании — повышение активности трансаминаз, увеличивается концентрация креатинина и креатинфосфокиназы, часто лейкоцитоз, лимфопения.

Терапия включает отмену нейролептиков, неотложную коррекцию вводно-солевого баланса (введение плазмы, плазмозамещающих растворов). В особо тяжелых случаях возможна электросудорожная терапия.

Злокачественная гипертермия. Характеризуется приступом выраженной гипертермии, при которой часто развиваются метаболические нарушения — ацидоз, гиперкалиемия, гипермагниемия. Необходима немедленная отмена психотропной терапии (!).

Серотониновый синдром. Наблюдается при использовании антидепрессантов, влияющих на серотониновый обмен. Характеризуется тревогой, диспептическими нарушениями, тремором, дискоординацией движений. Терапия включает отмену психотропных средств, применение транквилизаторов, β-блокаторов, ципрогептадина.

Холинолитический делирий. Часто возникает у больных с энцефалопатией травматического и токсического генеза. Характеризуется нарушением сознания, вербальными и визуальными галлюцинациями, психомоторным возбуждением. Немедленная отмена препаратов (!).

Острые аллергические реакции. Возможен анафилактический шок, отек Квинке, крапивница. Прежде всего следует отменить препараты, вызвавшие аллергическую реакцию. Противошоковые мероприятия включают:

- димедрол 1% раствор 1–2 мл;
- адреналин 0,1% раствор 0,5 мл;
- преднизолон 30 мг 1 мл.

Агранулоцитоз. Снижение количества нейтрофильных лейкоцитов (гранулоцитов) в крови. Сопровождается различными инфекционными заболеваниями. Психотропные препараты от-

меняются. В особо тяжелых случаях возможно переливание крови, эритроцитарной и лейкоцитарной массы, а также введение препаратов, направленных на улучшение реологических свойств крови (реополиглюкин) и детоксикационных средств.

Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови. Характеризуется геморрагическим диатезом, снижением концентрации фибриногена в крови (менее 1 г/л), тромбоцитопенией (менее 100 тыс. в 1 мм^3), снижении протромбинового индекса до 45%.

Терапия: отмена психотропных средств, гепаринотерапия (не более 10–15 тыс. ЕД/сут), переливание плазмы крови, 5 и 10% растворов альбумина, реополиглюкина.

К осложнениям психотропной терапии следует также отнести гепатит с тяжелыми повреждениями паренхимы печени, возникающий при длительном применении хлорпромазина.

8 ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

8.1. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Психиатрическая помощь оказывается пациентам на базе специализированной системы внебольничных и стационарных психиатрических учреждений.

Основу психиатрической службы составляют психоневрологические учреждения — психоневрологические диспансеры, психиатрические больницы, психиатрические отделения в учреждениях общемедицинской сети, дневные стационары, а также детские и подростковые психоневрологические учреждения. Психиатрическую помощь оказывают также учреждения психоневрологического профиля, входящие в структуру социального обеспечения, просвещения и др. (психоневрологические интернаты, школы-интернаты, детские сады для психически больных и т.д.).

Внебольничная психиатрическая помощь. В систему внебольничной психиатрической службы входят: психоневрологический диспансер, диспансерное отделение, психиатрический кабинет, дневной стационар. Основным медицинским учреждением внебольничной психиатрической помощи является психоневрологический диспансер. В 1923 г. впервые в мировой психиатрии в нашей стране были организованы территориальные психоневрологические диспансеры (ПНД), ставшие основой дальнейше-

го развития внебольничной психиатрической помощи. Позже внебольничная система психиатрической помощи в разных формах получила развитие и в других странах. В настоящее время ПНД прикреплены к психиатрическим больницам, выполняя роль амбулаторных отделений. Выделяют городской, областной, республиканский ПНД.

Помощь психиатрическим больным, оказываемая ПНД, снижает риск повторного стационирования больного и повышает уровень их социальной и профессиональной реабилитации. Психоневрологический диспансер —лечебно-профилактическое учреждение раннего выявления и учета психически больных, систематического динамического наблюдения за ними, оказания специализированной лечебной помощи, разработки рекомендаций по оздоровлению условий труда и быта этих больных. Городской психоневрологический диспансер имеет установленный определенный район обслуживания. В состав диспансера могут входить консультативные специализированные кабинеты (логопедический, социальной помощи и др.), которые выявляют больных с соответствующими заболеваниями, осуществляют наблюдение за ними и лечение и, кроме того, оказывают социально-правовую помощь.

Задачами психоневрологических диспансеров являются:

- проведение консультационно-диагностической работы с пациентами;
- диспансерное наблюдение за выявленными больными с определенными формами психических расстройств;
- амбулаторное лечение больных;
- проведение мероприятий, направленных на восстановление психического здоровья больных;
- своевременное направление в стационар больных, нуждающихся в госпитализации;
- оказание правовой, социально-правовой и патронажной помощи больным;
- экспертиза временной нетрудоспособности и других видов экспертизы;
- оказание консультативной психиатрической помощи лечебно-профилактическим учреждениям, расположенным в районе обслуживания диспансера.

Дневной стационар — учреждение промежуточного звена внебольничной сети психиатрической помощи. Дневные стационары организуются при психоневрологических диспансерах, диспансерных отделениях, при психоневрологических больницах. К задачам дневного стационара относятся лечение психически больных, которые нуждаются в активной терапии, наблюдении медицинского персонала и в то же время не имеют показаний для госпитализации в психиатрическую больницу, долечивание больных после выписки из психиатрического стационара. Терапевтические мероприятия дневного стационара включают лекарственную терапию, проводимую в психиатрическом стационаре, различные виды психотерапии, мероприятия по социально-трудовой адаптации. Дневные стационары могут быть профилированы для детей или пожилых лиц, больных с пограничными состояниями и др.

Психиатрическая помощь детям и подросткам в России осуществляется при наличии согласия их законных представителей (родители, опекуны). Психиатрическое обслуживание детей в России обеспечивают детские психиатры при детских поликлиниках. Для коррекции речевых нарушений у детей в детских поликлиниках и психоневрологических диспансерах функционируют логопедические кабинеты. Если по достижению 15-летнего возраста психическое состояние подростка требует специализированной помощи, он переводится для дальнейшего наблюдения и лечения в ПНД. В случае необходимости (при выраженных психических расстройствах) лечение детей проводится в специализированных психиатрических стационарах и отделениях для детей и подростков.

Стационарная психиатрическая помощь. Основное медицинское учреждение — психиатрическая больница, принцип организации и деятельности которой территориальный. В задачи больницы входят: обследование больных, диагностика психических заболеваний, лечение с использованием всех видов биологической терапии, психотерапии, мероприятий по социально-трудовой реабилитации и реадаптации, трудовая экспертиза, экспертиза годности к военной службе, судебно-психиатрическая экспертиза. Психиатрическая больница является многопрофильным стационаром, в состав которого входят лечебные,

лечебно-диагностические, вспомогательные отделения и службы. Психиатрическая больница имеет определенный район обслуживания. Кроме общепсихиатрических отделений в структуре психиатрической больницы имеются соматогериатрические отделения и отделения для больных неврозами и другими пограничными состояниями, экспертные и судебно-психиатрические отделения, детские, подростковые. Госпитализация в психиатрическую больницу осуществляется по направлениям психиатров психоневрологического диспансера, скорой психиатрической помощи.

Не позднее первых суток пребывания в больнице больного осматривает лечащий врач. В истории болезни указывают время первичного осмотра, результаты исследования психического и соматического состояний, диагноз, режим, лечебные назначения, а также необходимые консультации и лабораторные исследования. Данные наблюдений за вновь поступившими больными, результаты клинико-лабораторных исследований и лечебные назначения в первые дни после госпитализации регистрируются в истории болезни ежедневно. Изменения в психическом состоянии больного, а также новые лечебные назначения и исследования сразу же заносятся в историю болезни. Выписка из психиатрической больницы производится после завершения курса медикаментозного лечения.

Госпитализация в психиатрическую больницу по неотложным показаниям производится в случаях острых психических (психотических) расстройств, сопровождающихся ауто- и гетероагрессивным поведением (депрессии с суицидальными тенденциями; маниакальные состояния, психомоторное возбуждение со склонностью к агрессивным действиям; галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность). Продолжительность обязательного лечения определяется психическим состоянием больного, наличием опасных тенденций.

В системе социального обеспечения предусмотрена система стационарных учреждений — психоневрологических интернатов для психически больных, имеющих инвалидность I или II групп. В психоневрологические интернаты направляются больные с умственной отсталостью в степени выраженной дебильности,

имбецильности, идиотии, с затяжными формами психических заболеваний, сопровождающихся слабоумием или грубым психическим дефектом. Ходатайство о помещении больного в интернат возбуждает психоневрологический диспансер или больница, больного направляет в интернат районный отдел социального обеспечения.

Психиатрическая помощь детям и подросткам построена на тех же принципах, что и помощь взрослым, однако имеет свои особенности. Стационарная психиатрическая помощь детям осуществляется детскими отделениями психиатрических больниц или детскими психиатрическими больницами. Наряду с лечебно-диагностическими мероприятиями, применяемыми в обычном психиатрическом стационаре, проводится медико-педагогическая работа. Целью этой работы являются коррекция поведения, устранение педагогической и социальной запущенности у психически больных детей, выработка интереса к учебе, установки к приобретению профессиональных навыков.

Функционируют вспомогательные школы и школы-интернаты для умственно отсталых детей, специализированные школы-интернаты для детей с речевыми расстройствами, детские сады для умственно отсталых детей, для детей с речевыми и другими нарушениями. Наряду с этим санаторные школы-интернаты для детей с неврозами и неврозоподобными, астеническими и церебрастеническими состояниями различной этиологии, патологическим формированием личности без выраженных расстройств поведения и социальной адаптации. В структуре социального обеспечения функционируют интернаты для умственно отсталых детей, страдающих олигофренией в степени имбецильности, идиотии, эпилепсией с картиной слабоумия.

Правовые основы оказания психиатрической помощи в России. Лица с психическими расстройствами всегда вызывали в обществе не только особое внимание, но нередко беспокойство и опасение. Нарушение правильной оценки окружающего, расстройства поведения больных приводят к тому, что их поступки часто представляются необычными, а порой опасными для них самих и окружающих. Это обстоятельство способствовало формированию в обществе особого отношения к психически больным, позже закрепленным в виде законодательных мер,

регулирующих эти отношения. В прошлом основной акцент в законодательных положениях делался на изоляции больных от общества. Это было обусловлено в первую очередь тем, что в поле зрения общества в основном попадали больные с выраженными психическими расстройствами, именовавшимися душевнобольными. В последнее время в законодательных актах особое внимание уделено защите гражданских прав психически больных. Неотложная госпитализация психически больных осуществляется на основе соответствующих правовых актов. Основание для помещения больного в психиатрическую больницу без его согласия служат выраженные расстройства психики, делающие больного опасным для самого себя или для окружающих. В России в 1988 г. был издан указ, касающийся правовых основ оказания психиатрической помощи, а в 1993 г. принят специальный Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В законе подчеркивается, что квалифицированная психиатрическая помощь оказывается бесплатно, на основе достижений современной науки, технологии и медицинской практики. Подчеркивается также, что медицинская практика и отношение к психически больным должны исключать меры, унижающие их человеческое достоинство. В законодательном порядке предусмотрены организационные структуры и положения, обеспечивающие права больных и их законодательные интересы. Психиатры в исполнении своих профессиональных обязанностей по оказанию помощи больным и в решении их социальных и профессиональных проблем действуют независимо, руководствуясь только медицинскими показаниями и законом. В закон введено понятие «психические расстройства», которые включают широкий спектр психических нарушений: с одной стороны, тех, которые ранее обозначались термином «душевные заболевания», «психозы», а с другой стороны, менее выраженные психические нарушения определяемые как «пограничные». Наличие у того или иного лица психических расстройств еще не является основанием для ограничения его законных прав и ответственности. Определение психических расстройств проводится с учетом действующих в стране классификаций. В заключениях судебно-психиатрических комиссий, решениях суда диагноз служит медицинской предпосылкой в определении пси-

холого-юридических вопросов. Учитывается также, что действие настоящего Закона распространяется на граждан РФ, а также на иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ при оказании им психиатрической помощи (статья 3 упомянутого закона). Лечение лиц, страдающих психическими расстройствами, проводится после их письменного согласия (статья 11), за исключением тех, кто находится на принудительном лечении по решению суда, а также больных, стационированных в недобровольном порядке. В этих случаях лечение проводится по решению комиссии врачей. Человек, страдающий психическим расстройством, может отказаться от предложенного лечения или прекратить его, за исключением указанных выше групп больных. В этом случае ему или его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения (статья 12). Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения (статья 26). При этом консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении пациента, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетних до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Психиатр, оказывающий консультативную помощь, должен сообщить пациенту, что он специалист в области психиатрии. Лицо, поведение которого дает основание подозревать у него наличие выраженных психических расстройств, что может проявляться в его беспомощности, непосредственной опасности для него самого или окружающих и т.п., может быть освидетельствовано без его согласия и согласия его родственников. В других случаях для проведения психиатрического обследования необходимо согласие суда по месту жительства больного, куда предварительно направляется обоснованное медицинское заключение. Диспансерное наблюдение устанавливается за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (статья 27). Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством,

или его законного представителя и предусматривает наблюдение за состоянием психического здоровья пациента путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказания ему необходимой медицинской и социальной помощи. Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначенной администрацией лечебного учреждения. Показанием к его отмене служит выздоровление или значительное стойкое улучшение психического состояния пациента. Решение врача об установлении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в суде. Основаниями для госпитализации в психиатрическую больницу могут быть наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях (статья 38). В этом случае стационирование в психиатрическую больницу осуществляется добровольно по просьбе больного, что подтверждается его письменным согласием. Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет или лицо, признанное недееспособным, помещается в психиатрическую больницу по просьбе родителей или опекуна.

Лицо, совершившее социально опасное действие, предусмотренное Уголовным кодексом РФ, помещается в психиатрическую больницу для проведения судебно-психиатрической экспертизы в соответствии с уголовно-процессуальным законодательством, если возникают сомнения по поводу его психического здоровья. В отдельных случаях закон предусматривает возможность недобровольной госпитализации (статьи 29, 32–36). Основанием для применения такой меры является необходимость обследования и лечения в стационарных условиях больного с тяжелым психическим расстройством в связи с:

- его непосредственной опасностью для самого себя и окружающих;
- беспомощным состоянием и неспособностью удовлетворять основные жизненные потребности;
- существенным вредом его здоровью вследствие ухудшения психического здоровья, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Больной, поступивший в стационар в недобровольном порядке, в течение 48 ч подлежит обязательному освидетельство-

ванию комиссий врачей, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. Дальнейшее пребывание в больнице лица, недобровольно госпитализированного, требует санкции суда. Законом предоставляется право участия в судебном разбирательстве самого лица, недобровольно стационированного в психиатрическую больницу (статья 24, пункт 2). В случае если больной не может по своему психическому состоянию присутствовать на заседании суда, судья обязан рассмотреть это дело в психиатрическом учреждении, лично познакомиться с больным и медицинской документацией на него. Законом предусмотрены также условия и правила пребывания в стационаре лица, госпитализированного туда в недобровольном порядке. Во-первых, пребывание пациента в стационаре продолжается только в течение времени, пока сохраняются основания, на которых была проведена госпитализации. Во-вторых, это лицо в период нахождения в стационаре подлежит повторному комиссионному врачебному освидетельствованию для решения вопроса о продлении госпитализации не реже 1-го раза в месяц в течение первых 6 мес. и не реже 1-го раза в 6 мес. в последующем. Законом определяются органы контроля и прокурорский надзор за осуществлением психиатрической помощи (статьи 45 и 46), а также порядок обжалования действий по оказанию психиатрической помощи (статьи 47–50). При этом жалобы на действия медицинских работников и иных специалистов, врачебных комиссий, ущемляющих права и законные интересы граждан при оказании психиатрической помощи, могут быть переданы непосредственно в суд, а также в вышестоящие органы или прокуратуру.

8.2. ДЕОНТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ

Медицинская деонтология (от греч. *deon*, *deontos* — учение о должном) — положения, правила, определяющие этические принципы поведения медицинских работников при выполнении их профессиональных обязанностей и во взаимоотношениях с коллегами. В условиях научно-технического прогресса вопросы медицинской деонтологии приобретают особое значение. Достижения в области таких наук, как генетика, иммунология, реаниматология, трансплантология выдвинули ряд новых эти-

ческих и правовых проблем, имеющих не только медицинский, но и междисциплинарный характер. Для обозначения и оценки всего комплекса этих проблем был предложен новый термин «биоэтика» (Поттер В.Р., 1971). Содержание понятия «биоэтика» выходит за рамки профессиональной медицинской деятельности, оно включает в себя также философские, религиозные, правовые и другие составляющие. Психиатрия отличается рядом особенностей от других медицинских дисциплин, ей присущи свои этические и медико-деонтологические проблемы. В последнее десятилетие в сферу деятельности психиатров все больше включается, помимо выраженных психических расстройств, широкий спектр пограничных психических нарушений. В обществе же тем временем сохраняется настороженное и подозрительное отношение к психически больным. Поэтому наличие психиатрического диагноза у лица, его пребывание на лечении или под наблюдением психиатрического учреждения, если это становится известно окружающим, могут создать для него дополнительные трудности как в социальном плане, так и в профессиональной деятельности. Практика оказания психиатрической помощи регламентируется законом. Но законом не могут быть предусмотрены частные вопросы этики. Врач же имеет дело с конкретным человеком и индивидуальными особенностями его состояния. В своей практической деятельности врач-психиатр руководствуется положениями закона и принципами врачебной этики, основные требования которой следующие: деятельность врача должна быть направлена на благо больного, соблюдение его интересов и врачебной тайны. Следует иметь в виду, что успешность в осуществлении этико-деонтологического принципа во врачебной деятельности зависит не только от личных качеств и гуманистических установок врача, но и от его компетентности и уровня профессионализма. У врача нередко возникают проблемы этико-медицинского и деонтологического характера, связанные с границами врачебного вмешательства. Речь идет, во-первых, об оформлении диагноза лицам, обнаруживающим пограничные психические расстройства, адаптированным к жизни и выявленным при массовых обследованиях (например, диспансеризации), и, во-вторых, об обоснованности применения к больным различных исследовательских методик. Конечно,

в решении этих вопросов мнение врача имеет чаще всего решающее значение. Однако известно, что мотивами для проведения различных процедур могут быть не только необходимость получения дополнительных данных для оценки состояния больного, определения показаний к его лечению, но и стремление получить новую информацию, а также обучение медицинских работников. Поэтому правилом является то, что сложные методы исследования, травматические лечебные мероприятия, съемки и звукозапись с научными и педагогическими целями проводятся только с согласия больного. В последнее время терапевтический арсенал психиатрии обогатился новыми эффективными лекарственными средствами и нелекарственными методами, позволяющими существенно модифицировать психическое состояние и поведение индивидуума, что повышает этическое значение вопросов, связанных с терапевтическим воздействием. Другим путем, изменяющим психическое состояние и поведение больного, являются различные методы психотерапевтического вмешательства. Несмотря на их разнообразие, все они сводятся, в конце концов, к тому, что поведение одного человека изменяется другим в ранее планируемом направлении и в соответствии с представлениями психотерапевта о желаемом и должном, которые не обязательно разделяются пациентом. Разумеется, психотерапия должна стремиться к использованию достижений научного прогресса для совершенствования методов исследования и воздействия, расширения возможностей врача и увеличения терапевтического эффекта. Однако при этом необходима разработка этических критериев, позволяющих определить приемлемые направления и допустимые пределы применения этих достижений. Ниже будут приведены основные положения Кодекса профессиональной этики психиатров. Этот кодекс гласит: главной целью профессиональной деятельности психиатра является оказание психиатрической помощи всякому нуждающемуся в ней, а также содействие укреплению и защите психического здоровья населения.

Профессиональная компетентность психиатра — его специальные знания и искусство врачевания — являются необходимым условием психиатрической деятельности.

Психиатр не вправе нарушать древнюю этическую заповедь врача: «Прежде всего не навредить!». Всякое злоупотребление

психиатром своими знаниями и положением врача несовместимо с профессиональной этикой.

Моральная обязанность психиатра — уважать свободу и независимость личности пациента, его честь и достоинство, заботиться о соблюдении его прав и законных интересов.

Психиатр должен стремиться к установлению с пациентом терапевтического сотрудничества, основанного на взаимном согласии, доверии, правдивости и взаимной ответственности.

Психиатр должен уважать право пациента соглашаться или отказываться от предлагаемой психиатрической помощи после предоставления необходимой информации.

Психиатр не вправе разглашать без разрешения пациента или законного представителя сведения, полученные в ходе обследования и лечения пациента и составляющие врачебную тайну.

При проведении научных исследований или испытаний новых медицинских методов и средств с участием пациентов должны быть заранее определены границы допустимости и условия их проведения.

Моральное право и долг психиатра — отстаивать свою профессиональную независимость.

Во взаимоотношениях с коллегами главными этическими основаниями служат честность, справедливость, порядочность, уважение к их знаниям и опыту, а также готовность передать свои профессиональные знания и опыт.

9 ЭКСПЕРТИЗА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Организационными и наиболее частыми видами экспертизы лиц, страдающих психическими расстройствами, являются трудовая, судебно-психиатрическая и военная.

9.1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Медико-социальная экспертиза — освидетельствование для определения степени утраты профессиональной трудоспособности[1].

При оценке трудоспособности больных перед экспертами прежде всего возникает вопрос о длительности нетрудоспособности больного. Если речь идет о временной нетрудоспособности больного, то ему выдается, как и больным с другими заболеваниями, листок нетрудоспособности (больничный лист). Сроки представления больничного листа психически больному регламентируются общими положениями о продолжительности временной нетрудоспособности больных и определяются также клиническими особенностями заболевания и его прогнозом. Для решения вопроса о трудоспособности больного эксперту необхо-

[1] Правовая школа москвича. Всероссийская политическая партия Единая Россия. — М., 2007. Постановление правительства РФ от 16.10.2000 № 786. В ред. от 01.02.2005 № 49.

димы обстоятельные знания о предшествующем социально-трудовом поведении больного и правильная оценка прогностического значения его клинического состояния в период экспертизы.

В положениях о медико-социальной экспертизы указывается ряд основных функций организма, включая психические функции, способность к обучению и трудовой деятельности, а также шкала, отражающая тяжесть и проявления расстройств (с 1-й по 3-ю степень). Показатели, свидетельствующие о нарушении функций организма и их степени тяжести у больных, являются критериями при определении группы инвалидности.

I группа инвалидности назначается больным, которые нуждаются в наблюдении и не в состоянии сами себя обслуживать. Сюда могут быть отнесены больные с глубоким слабоумием в результате дегенеративных атрофических процессов в головном мозге или органического поражения центральной нервной системы (травмы, интоксикации, инфекции и др.), а также конечные состояния при шизофрении.

Для назначения I группы инвалидности могут также подходить больные с хронически протекающими, резистентными к терапии бредовыми, галлюцинаторными и аффективными расстройствами, если они полностью дезадаптированы социально и профессионально и нуждаются в наблюдении.

II группа инвалидности назначается больным с выраженными психоорганическим (интеллектуально-мнестическим) снижением, больным со стойкими бредовыми и галлюцинаторными расстройствами, затяжными депрессивными состояниями, стойкими выраженными навязчивыми, фобическими и истерическими расстройствами, резистентными к терапии.

II группа инвалидности включает две подгруппы. Одна близка по тяжести психических расстройств к I группе (3-я степень тяжести). При другой (2-я степень тяжести) по своему психическому состоянию больные могут работать в облегченных условиях.

III группа инвалидности чаще всего назначается при менее выраженных психических расстройствах различного происхождения, препятствующих продолжению работы больного по специальности. При этом больные в состоянии работать в облегченных условиях. Наличие приведенных признаков инвалидности не означает, что она должна быть обязательно назначена.

9.2. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится в связи действиями лиц, включенных в понятия гражданских дел (Гражданский кодекс РФ, Семейный кодекс РФ) или правонарушениями, составляющими предмет Уголовного кодекса РФ.

Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе[1]**.** Согласно уголовно-процессуальному и гражданско-процессуальному законодательству и инструкции по производству судебно-психиатрической экспертизы таковая проводится по постановлению следователя, прокурора и суда. Ходатайствовать о назначении судебно-психиатрической экспертизы по уголовным делам могут обвиняемый, потерпевший, их законные представители, защитник с момента участия, обвинитель в судебном заседании. В гражданском процессе имеют право ходатайствовать о назначении экспертизы истцы, ответчики, их представители и прокурор, если он принимает участие в деле. Экспертиза может быть амбулаторной. Если возникают трудности в оценке и квалификации психического состояния испытуемого и необходимо диагностическое наблюдение за ним, назначается стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. Экспертизы могут быть также заочными, посмертными (по материалам дела) и в судебном заседании при слушании дела. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится комиссией, состоящей не менее чем из трех психиатров: докладчика, члена и председателя комиссии. При уголовно наказуемых деяниях лиц, по поводу которых имеются подозрения или конкретные факты, данные и наличие у них психических расстройств, судебно-психиатрическая экспертиза должна решить вопрос о вменяемости или невменяемости этих лиц в момент совершения деликта. Согласно закону (статья 21 Уголовного кодекса РФ), которым руководствуется суд, понятие о невменяемости определяется следующим образом.

1. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло осознавать фактический характер

---

[1] Уголовный кодекс Российской Федерации. Официальный текст. — 3-е изд. — М.: Норма, 2005.

и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного состояния психики.

2. Для лица, совершившего предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим кодексом.

Из содержания статьи 21 Уголовного кодекса РФ явствует, что эксперт при решении вопроса об ответственности больного за содеянное должен иметь в виду 2 критерия — медицинский (различные виды психических расстройств) и юридический (невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период совершения правонарушения). Совпадение этих критериев определяет решение эксперта. Принудительное лечение и наблюдение могут проводиться: а) амбулаторно; б) в психиатрической больнице общего типа; в) в психиатрическом стационаре специализированного типа; г) в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. Назначение вида принудительного лечения определяется судом по рекомендации судебно-психиатрической комиссии исходя из социальной опасности больного и особенностей психических расстройств у него. Принудительное лечение может быть отменено при изменении психического состояния больного и при отсутствии признаков возможного социально опасного поведения. В 1-й части статьи 21 также указаны группы психических расстройств, которые могут обусловливать состояние невменяемости при совершении правонарушения:

Первая группа — хронические психические расстройства. Они включают шизофрению, хронически текущие психические расстройства в форме бредовых идей, галлюцинаторно-бредовых проявлений, затяжных выраженных аффективных расстройств и др. При этих состояниях у испытуемых болезненно изменена оценка окружающего, нарушены самосознание и оценка своего «Я». В связи с этим они лишаются возможности правильно понять мотивы, значение, последствия своих поступков, а также руководить своими действиями.

Вторая группа — временные психические расстройства. Сюда могут быть отнесены острые транзиторные, бредовые, галлюцинаторно-бредовые состояния различной природы, исключительные состояния — патологическое опьянение и патологический аффект. При вышеуказанных состояниях, так же как и при хронических выраженных психических расстройствах, больные лишены возможности оценивать фактический характер своих действий или руководить ими. Однако временные психические расстройства могут возникать после совершения лицами уголовно наказуемых деяний в связи с угрозой уголовной ответственности. В этих случаях испытуемые признаются вменяемыми, но возникает вопрос об их возможности предстать перед судом или отбывать наказание за совершенное преступление. В связи с имеющимися у испытуемых психическими расстройствами они не могут предстать перед судом или отбывать наказание и их направляют в психиатрический стационар на лечение до выхода из этого состояния. При возникновении хронически текущего выраженного психического расстройства после совершения криминальных действий больные (в соответствие со статьей 81 Уголовного кодекса РФ) признаются невменяемыми и направляются на принудительное лечение. К лицам, совершившим сходные социально опасные действия, но имеющие разные заболевания, могут быть применены различные принудительные медицинские меры. Так, больной в состоянии алкогольного делирия, совершивший тяжкое социально опасное действие, может быть направлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа, так как из алкогольного делирия он может быть выведен в течение 3–5 дней, а в дальнейшем пройти курс антиалкогольного лечения. Патологические опьянение и аффект вообще отличаются скоротечностью, и лица, перенесшие эти болезненные состояния, не нуждаются в принудительном лечении.

Третья группа психических расстройств объединена основным признаком наличия слабоумия, врожденного или приобретенного (в связи с болезнью). У данных лиц наблюдается стойкая выраженная недостаточность в общей психической деятельности, в течении познавательных процессов и эмоциональных проявлениях, резко ограничивающая, а иногда делающая невозможным приспособление больного к жизни. Врожденное

слабоумие, олигофрении делятся как по степени выраженности интеллектуального недоразвития, так и по причинам возникновения. Приобретенное слабоумие (деменция) является исходом ряда заболеваний предстарческого и старческого возраста (болезни Альцгеймера, старческого слабоумия, Пика и др.) и следствием токсического, инфекционного, травматического и других поражений головного мозга. Трудности в решении вопроса вменяемости или невменяемости возникают в отношении больных с легкими формами слабоумия как врожденного, так и приобретенного. При олигофрениях это случаи легкой степени дебильности, а при ослабоумливающих процессах вследствие дегенеративных и других заболеваний головного мозга это состояния, пограничные между психоорганическим снижением личности и слабоумием. Для решения данного экспертного вопроса необходимо иметь обстоятельные и надежные сведения о психическом состояния испытуемого на время, предшествующее его деликту. Важно также выяснить степень социальной адаптации больных с приобретенным интеллектуальным дефектом (степень выраженности дефекта). Таким образом, сопоставляются уровень интеллектуального недоразвития или степень его снижения, с одной стороны, и особенности правонарушения с другой. Эксперт делает заключение о возможности испытуемого осознавать в период совершения деликта фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Четвертая группа — иные болезненные состояния, куда могут быть отнесены расстройства личности (психопатии) и влечения, патологические реакции, обусловленные резидуальными органическими поражениями головного мозга, дисфункцией систем организма, а также лица с токсикоманической и наркоманической зависимостью. Приведенное деление психических расстройств в известной мере условно, так как хронические текущие психические расстройства могут начинаться с расстройства личности и других невыраженных психических расстройств. В течении психоза также могут наступать ослабление или даже временная остановка болезненного процесса (ремиссии) с психопатоподобной и неврозоподобной симптоматикой. Однако в таком подразделении отмечаются те наиболее вероятностные типичные психические расстройства, с которыми встречается эксперт

при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Больные, совершившие правонарушения в состояниях, перечисленных в первых 3 группах, не представляют больших трудностей в диагностике и экспертной оценке. Это больные, как правило, с психотическими расстройствами, в силу которых они не в состоянии правильного оценивать факты и общественную значимость своих действий и руководить ими, они признаются невменяемыми. Исключение могут представлять больные в состоянии стойкой качественной ремиссии. Значительные трудности возникают при проведении судебно-психиатрической экспертизы в отношении лиц, отнесенных к 4-й группе («с иными психическими расстройствами»). У них, как правило, не наблюдается серьезных нарушений в оценке окружающего и самооценке. Однако отдельные больные из этой группы могут быть признаны невменяемыми при совершении правонарушений, например, испытуемые с паранойяльной психопатией, а также лица в состоянии тяжелой психопатической декомпенсации, приравниваемой к психотическим состояниям. Сюда можно также отнести и лиц с патологическими влечениями, если расстройства влечений являются одним из признаков выраженного психического расстройства (шизофрения). В случаях, когда расстройство влечения присутствует как моносимптом, а в остальном личность в психическом отношении сохранна, то возникают большие трудности в судебно-психиатрической оценке. Здесь необходимы тщательный психопатологический анализ поведения испытуемого в период деликта, исчерпывающая информация об особенностях его поведения в целом. Вопрос о признании испытуемого невменяемым решается положительно, если его поведение в период деликта может быть приравнено к психотическому. Сходный подход при определении уголовной ответственности применяется к лицам, страдающим токсикоманией, наркоманией, в случае совершения ими правонарушения. Они не привлекаются к уголовной ответственности (статья 21 Уголовного кодекса РФ) в случае, если правонарушение было совершено в психотическом или приравненном к нему состоянии. К лицам с более мягкими (непсихотическими) психическими расстройствами в случае совершения ими правонарушения может быть применена статья 22 того же кодекса: «Вменяемое лицо, которое во время совершения пре-

ступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности». Однако такое психическое расстройство учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для применения наряду с наказанием принудительных медицинских мер в виде амбулаторного принудительного лечения.

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе[1]**.** Правовая оценка действий психически больных в гражданском законодательстве различных стран в основных своих принципах сходна. Так, право больного на заключение сделок зависит от тяжести его психического состояния. Однако заключенный больным контракт считается действительным до тех пор, пока не доказано, что больной был недееспособным в момент его заключения. Аналогичный принцип относится и к законам о завещаниях. Завещатель должен находиться в ясном уме и твердой памяти, но это не означает, что составитель завещания должен быть обязательно полностью психически здоровым. От лица, составляющего завещание, в том числе и от больного, требуется, чтобы в момент составления завещания он мог назвать вид и размер своей собственности, а также лиц, претендующих на наследство. Кроме того, воля и суждения больного должны быть свободны и ясны настолько, чтобы он мог оценить относительную правомочность притязаний со стороны наследников. Круг вопросов, составляющих предмет судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе, достаточно широк. Поводом к назначению экспертизы могут быть сомнения суда в психической полноценности истца или ответчика, признание сделки (документа) недействительным, поскольку они оформлялись лицом, считающимся психическим больным или проявляющим признаки психического заболевания, иски о признании брака недействительным или расторжение брака, споры о воспитании детей в связи с психическим заболеванием родителей, определение психического состояния свидетеля и др. Все эти вопросы касаются прежде всего оценки способности гражданина пользоваться

[1] Гражданский кодекс Российской Федерации. — М.: Экзамен, 2007.

гражданскими правами и выполнять гражданские обязанности. Способность иметь гражданские права и нести соответствующие обязанности признается за всеми гражданами. Ниже рассмотрены основные задачи судебно-психиатрической экспертизы в свете положений Гражданского законодательства РФ (1995).

Правоспособность граждан возникает с момента рождения и сохраняется до конца жизни (пункт 2 статьи 17 Гражданского кодекса РФ). В понятие правоспособности включено право граждан в соответствии с законом иметь имущество в личной собственности, пользоваться жилыми помещениями и имуществом, наследовать и завещать имущество, выбирать род занятий и место жительство, иметь права автора произведений науки, литературы и искусства, открытия, изобретения, рационализаторского предложения, также иметь имущественные и личные неимущественные права (статья 18 упомянутого Кодекса РФ). Однако возможность осуществления гражданских прав определена рядом условий. Так, в пункте 1 статьи 21 Гражданского кодекса РФ указывается, что гражданская дееспособность, т.е. способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, т.е. по достижению 18-летнего возраста. Кроме того, гражданская дееспособность согласно Гражданского кодексу РФ предусматривает наличие у гражданина такого психического состояния, которое позволяет ему понимать значение своих действий и руководить ими или, как принято считать, быть в здравом уме и твердой памяти. Таким образом, правоспособность в отличие от дееспособности постоянно сохраняется у гражданина, даже если он не состоянии пользоваться предоставленными законом правами.

При ряде психических заболеваний, протекающих с достаточно выраженными нарушениями интеллектуальной деятельности, больные утрачивают способность разумно вести свои дела, пользоваться гражданскими правами и выполнять гражданские обязанности. Статья 29 Гражданского кодекса РФ содержит конкретные критерии признания гражданина недееспособным. Она включает 2 критерия — медицинский и юридический. Медицинский критерий объединяет в обобщенном

понятии все формы существующих психических заболеваний, которые могут быть обусловлены различными причинами и характеризоваться разной психопатологический симптоматикой и типами течения. Юридический критерий определяет характер и глубину этих расстройств, так как не всегда и не все психические расстройства сопровождаются неспособностью больного «понимать значение своих действий или руководить ими». Для признания лица недееспособным необходимо наличие медицинского и юридического критериев. Таким образом, установление диагноза псхического заболевания еще не служит достаточным основанием для признания лица недееспособным. Определяющее значение в этих случаях принадлежит юридическому критерию, характеризующему степень и глубину выявленного расстройства, лишающего (или не лишающего) подэкспертного способности понимать значение своих действий и руководить ими. Так, глубокий уровень психических расстройств у лица может быть обусловлен органическим поражением головного мозга с выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями, что лишает это лицо способности понимать значение своих действий и руководить ими и, следовательно, влечет за собой признание лица недееспособным. Наличие психического заболевания, протекающего с неадекватной оценкой окружающего, с ложными суждениями и неправильными умозаключениями, не поддающихся коррекции, расстройствами восприятия, эмоций также может приводить больного к непониманию значения своих действий и невозможности руководить ими. Как правило, эти заболевания отличаются хроническим прогредиентным течением. Лица, признанные недееспособными, не утрачивают своих прав на обладание имуществом, его наследование по завещанию и т.п., но дарить, продавать, совершать другие сделки от имени недееспособного должен его опекун (статьи 29 Гражданского кодекса РФ). Больные с острыми психическими расстройствами, органическими поражениями головного мозга разного генеза, страдающие олигофренией, старческими психозами, характеризующиеся повышенной внушаемостью и расстройством критических способностей, могут быть использованы преступниками в корыстных целях, в связи с чем важны своевременное установление их недееспособности и назначение опекуна. После призна-

ния гражданина недееспособным суд сообщает об этом органу опеки и попечительства по месту жительства данного гражданина, и ему в течение месяца назначают опекуна (статьи 34 и 35 Гражданского кодекса РФ). Опека устанавливается для защиты прав и интересов лиц, признанных недееспособными. Опекуны также обязаны обеспечить своих подопечных уходом и лечением (статьи 31 и 36 Гражданского кодекса РФ). В случае выздоровления или значительного улучшения психического состояния лица, признанного ранее недееспособным, суд признает его дееспособным. На основании решения суда отменяется ранее установленная над ним опека (пункт 3 статьи 39 Гражданского кодекса РФ). Для лиц, злоупотребляющих алкоголем, существует также понятие «ограниченной дееспособности». В данном случае закон допускает ограничение дееспособности в области имущественных сделок и распоряжений, так как эти лица, злоупотребляя спиртными напитками или наркотическими средствами, ставят свою семью в тяжелое материальное положение (статья 30 Гражданского кодекса РФ). На основании решения суда над этими лицами устанавливается попечительство. Им разрешается совершать мелкие бытовые сделки. Совершать же более крупные сделки, а также получать заработок, пенсию, иные доходы и распоряжаться ими они могут лишь с согласия попечителя, который должен упреждать возможность неправильных действий со стороны подопечного, а также возможности злоупотребления им со стороны третьих лиц. При этом подопечный самостоятельно несет имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред. При прекращении этими лицами злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами суд в соответствии со статьей 30 упомянутого Кодекса РФ отменяет ограничения их дееспособности. На основании решения суда отменятся и установленное над ними попечительство.

Вопрос о назначении судебно-психиатрической экспертизы может возникнуть в процессе подготовки дела к слушанию в суде или в период судебного рассмотрения. Проведение экспертизы поручается конкретному экспертному учреждению (судебно-психиатрической комиссии) органов здравоохранения, а иногда при необходимости — персональному эксперту (статья 75).

Ходатайствовать о назначении экспертизы перед судом в этих случаях имеют право родственники больного, представители организаций, а также психиатрическое лечебное учреждение. Психиатр-эксперт при вынесении заключения исходит из психического состояния лица в момент совершения сделки, поскольку по гражданскому законодательству сделка, совершаемая гражданином, признанным недееспособным вследствие психического расстройства, признается недействительной (статья 171 Гражданского кодекса РФ). Гражданский кодекс РФ признает также недействительной сделку, совершенную гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими (статья 177).

9.3. ЭКСПЕРТИЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИТЕРИЕВ СЕМЕЙНОГО КОДЕКСА РФ

Иск о признании брака недействительным или расторжение брака в случае психического заболевания одного из супругов нередки в судебно-психиатрической практике. В законодательных положениях, регулирующих брачные и внутрисемейные отношения, проводится разграничение между признанием брака недействительным и расторжением брака, если один из супругов заболел психически. Так, в первом случае брак признается недействительным, если хотя бы один из супругов ко времени вступления в брак был признан судом недееспособным вследствие психического заболевания (статья 19 Семейного кодекса РФ[1]). Требование о признании брака недействительным также вправе предъявить лицо, которое по своему состоянию в момент государственной регистрации о заключении брака не могло понимать значения своих действий и руководить ими (статья 28 Семейного кодекса РФ).

В случаях же, когда психическое расстройство у одного из супругов возникло после вступления в брак, и он был признан недееспособным, расторжение брака производится органом за-

[1] Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (принят ГД ФС РФ 08.12.1995) (ред. от 21.07.2007) (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.01.2008).

писи актов гражданского состояния в установленном порядке. Экспертная практика свидетельствует, что способность и право на воспитание детей родителями, страдающими психическим расстройствам, также могут быть предметом судебного рассмотрения.

При решении этого вопроса принимается во внимание не только тяжесть психического расстройства того или иного родителя, но и учитывается, в какой степени эти психические расстройства оказывают влияние на отношение к детям и выполнение родительских обязанностей в целом. В соответствии со статьей 73 Семейного кодекса РФ суд может с учетом интересов ребенка принять решение об отнятии его от родителей без лишения их родительских прав (ограничение родительских прав). В частности, ограничение родительских прав (пункт 1 и 2 статьи 73) допускается, если пребывание ребенка с родителями представляет опасность для его жизни в связи с психическим заболеванием родителей. В этих случаях эксперты должны определить, может ли подэкспертный по своему психическому состоянию воспитывать детей, а также опасен ли он для своего ребенка при совместном с ним проживании. Вместе с тем учитывая, что ограничение родительских прав может явиться и тяжелой психической травмой для ребенка, при решении этого сложного вопроса и эксперты, и суд должны учитывать все обстоятельства, прежде чем вынести решение. Восстановление в родительских правах (статья 72 Семейного кодекса РФ) и отмена ограничения родительских прав (статья 76 упомянутого кодекса) возможны, если обстоятельства, в силу которых были приняты эти решения, отпали. Следует иметь в виду, что дела данной категории не тождественны делам о лишении родительских прав по суду и в соответствии со статьей 69 Семейного кодекса РФ. В последнем случае суд лишает родительских прав лицо виновное в невыполнении обязанностей родителей по воспитанию, развитию детей, жестоко обращающимися с ними, злостно уклоняющимися от уплаты алиментов. Виновность же этих лиц при глубоком психическом расстройстве исключается.

Иногда в практике гражданского судопроизводства встает вопрос о назначении судебно-психиатрической экспертизы для определения психического состояния свидетеля. Свидетельские

показания — весьма распространенный вид доказательств по гражданским делам. Они имеют важное значение для правильного установления действительных обстоятельств дела. Касаясь особенностей судебно-психиатрической оценки различных форм психических заболеваний при производстве по гражданским делам, остановимся на некоторых принципах и положениях. При вынесении судебно-психиатрического заключения о дееспособности или недееспособности наряду с синдромальной квалификацией психического состояния подэкспертного большое значение имеют правильная оценка течения заболевания и установление его клинического прогноза. Вообще решение вопроса о дееспособности в остром психотическом состоянии или в период становления ремиссии нецелесообразно, так как в этом периоде болезни характер и структура дефекта еще не сформировались. Как уже указывалось выше, стойкие бредовые синдромы исключают дееспособность больных в настоящее время, тем не менее прогноз при бредовых синдромах различной этиологии не одинаков. Неблагоприятными признаками в плане признания дееспособности являются психопатологические синдромы, в структуре которых преобладают стойкие систематизированные идеи преследования, отравления, ревности, галлюцинаторно-бредовые состояния, состояния глубокой депрессии и нарастающей апатии (апатоабулический синдром), быстро нарастающее слабоумие.

9.4. ЭКСПЕРТИЗА ГОДНОСТИ НЕСЕНИЯ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ[1]

Состояние психического здоровья призывников определяется критериями, указанными в одной из пяти групп:

«А» — годен к военной службе;

«Б» — годен к военной службе с незначительными ограничениями;

«В» — ограниченно годен к военной службе;

«Г» — временно не годен к военной службе;

«Д» — не годен к военной службе.

[1] Военно-врачебная экспертиза призывников, страдающих психическими расстройствами: Пособие для врачей. — М., 2004.

К группе «А» — годные к военной службе — относятся юноши, не имеющие отклонений в психическом статусе. Они могут призываться на военную службу без ограничения по виду Вооруженных Сил, родам и военно-учетным специальностям.

В группу «Б» — годные к военной службе с незначительными ограничениями — входят юноши практически здоровые, с благоприятными прогностическими признаками, т.е. те лица, у которых имеются или имелись предпосылки к проявлениям или легкие проявления недостатков отдельных психических функций, но в целом компенсированные, не ограничивающие способность исполнять обязанности военной службы. Данная категория призывников может призываться на военную службу, но с определенными ограничениями по родам войск и военно-учетным специальностям.

Группа «В» — ограниченно годен к военной службе — включает в себя призывников, у которых выявляются признаки психических расстройств, а также по состоянию психики не способных выполнять обязанности военной службы без ущерба для здоровья. Как правило, данная группа призывников нуждается во всесторонней оценке психического здоровья в специализированных медицинских учреждениях и после медицинского освидетельствования решением призывной комиссии освобождается от призыва на военную службу и передается в запас.

Группа «Г» — временно не годен к военной службе — включает юношей, имеющих легкие, кратковременные и обратимые проявления психических расстройств, в силу которых они утратили способности исполнять обязанности военной службы в течение ограниченного периода времени. Данной категории призывников предоставляется отсрочка от призыва на военную службу.

К группе «Д» — не годен к военной службе — относятся призывники, обнаруживающие признаки выраженной патологии психики, с острыми и тяжелыми психическими расстройствами, которые приводят их к стойкой потере способности выполнять обязанности военной службы. Эти призывники решением призывной комиссии освобождаются от исполнения воинской обязанности.

Для полной оценки состояния психического здоровья и его прогноза призывников, относящихся к группам «Б», «В», «Г»,

важно получить надежные сведения об их онтогенетическом развитии, адаптации в семье, учебных заведениях и на работе. Если призывник находился на лечении, состоит на учете, то профессиональный анализ медицинской документации может иметь существенное значение для определения психического здоровья обследуемого. В случаях невозможности дать заключение о годности призывника по психическому здоровью к прохождению военной службы военно-врачебной комиссией, он направляется на амбулаторное или стационарное обследование в соответствующее медицинское учреждение, расположенное на территории субъекта Российской Федерации по месту проживания для получения заключения.

10 СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Реабилитация — система медицинских, социально-экономических, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на предупреждение развития временной или стойкой утраты трудоспособности, на социализацию больных и инвалидов. Реабилитация представляет процесс, в результате которого у больного формируется активная жизненная позиция, восстанавливается положительное отношение к жизни, семье и обществу. Выделяют реабилитацию медицинскую, профессиональную и социальную. Основные принципы реабилитации — партнерство врача и больного, разносторонность (разноплановость) усилий (воздействий, мероприятий), единство психосоциальных и биологических методов воздействий и их ступенчатость (переходность) (Кабанов М.М., 1971). Принцип партнерства врача и больного направлен на формирование у больного активной позиции в восстановлении собственных психических функций и работоспособности. Ресоциализировать больного можно только при его активном участии. Принцип разносторонности усилий состоит в формировании комплексности усилий врача и пациента, направленных на различные аспекты психосоциального функционирования последнего, что включает психологическую, профессиональную, семейную, общественную сферы реабилитации. Перестройка

нарушенных отношений и одновременно приспособление больного к различным сторонам жизнедеятельности в сложившихся условиях составляют психологическую основу реабилитации. При психических заболеваниях страдают в первую очередь социальные связи, по этой причине принцип разносторонности усилий по ресоциализации больных приобретает в психиатрической практике особое значение. Обязательно и необходимо участие в реабилитационной деятельности кроме психиатров медицинских психологов, педагогов, социологов, а также специалистов по различным видам занятости, труду. Принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия обусловлен необходимостью комплекса действий, направленных на восстановление социальных связей и физиологического гомеостаза. Принцип ступенчатости усилий проводимых воздействий и мероприятий проявляется в дозировании воздействия с постепенным переходом от одного реабилитационного воздействия (мероприятия) к другому, от одной формы организации психиатрической помощи к другой.

Схема реабилитации психически больных включает три этапа: восстановительная терапия, реадаптация, собственно реабилитация.

Первый этап реабилитации — восстановительная терапия — главной своей целью ставит предотвращение формирования психического дефекта, инвалидизации больного. В этом заключается профилактическая направленность проводимых на первом этапе лечебно-восстановительных мероприятий. Задачей этого этапа является также устранение или уменьшение явлений «госпитализма», усиление различных компенсаторных механизмов и восстановление нарушенных у больного функций и социальных связей.

Этап восстановительной терапии характеризуется сочетанным применением биологических методов лечения с различными психосоциальными воздействиями.

Второй этап реабилитации — реадаптация — приспособление к условиям внешней среды. Преобладают психосоциальные воздействия, среди которых на первое место выдвигается стимуляция социальной активности больных. Используется трудовая терапия с обучением или переобучением больных новой профес-

сии, а также педагогическая (воспитательная) работа с больными и их родственниками. Лечение занятостью, развлечениями (культуротерапия), лечебная физкультура становятся вспомогательным средством достижения трудовой переориентации.

Третий этап реабилитации — собственно реабилитация, подразумевающая восстановление адекватных отношений с окружающими, проведение активных социальных мероприятий. Биологическая терапия носит характер «поддерживающей» или «купирующей» (эпизодические курсы психофармакотерапии).

Восстановительное лечение следует проводить преимущественно в стационарных или полустационарных (дневные стационары, специализированные санатории) условиях. Реадаптация осуществляется в стационарных (и полустационарных) учреждениях, психоневрологических диспансерах. Собственно реабилитация проводится во внебольничных условиях.

Реабилитация больных с различными психическими заболеваниями — шизофренией, эпилепсией, олигофренией, старческим слабоумием, неврозами, алкоголизмом и другими — имеет свои особенности. Соотношение биологических и психосоциальных воздействий на разных этапах при этом может меняться в зависимости от болезни (нозологической принадлежности, типа течения и др.).

При реабилитации больных старческого возраста важны восстановление способности к самообслуживанию, нормализации отношений с окружающими. Для больных неврозами реабилитация направлена на снижение чувства неполноценности, адекватной оценки болезни.

Психопрофилактика — комплекс медицинских, социальных мероприятий, направленных на предупреждение возникновения психических расстройств, снижение интенсивности последствий заболевания, повышающих качество жизни больного.

Первичная психопрофилактика — предупреждение возникновения психических расстройств, изучение и раскрытие их этиологии и патогенеза. Существенное значение имеют медико-профилактические, социальные и психолого-педагогические мероприятия.

Вторичная психопрофилактика — предупреждение рецидивов, формирование устойчивых, качественных ремиссий, со-

хранение работоспособности больного. Для достижения целей профилактики используются медико-организационные (внебольничная терапия), медицинские (комплексное использование лечебных методик), реадаптационные мероприятия.

Третичная профилактика (собственно реабилитация) — восстановление психических функций и работоспособности больного, его ресоциализация.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПЕРЕЧЕНЬ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ ДЛЯ ТЕРАПИИ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

F00–F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F00 *Деменция при болезни Альцгеймера*

Мемантин, пирацетам, пиритинол, ривастигмин, церебролизин.

F01 *Сосудистая деменция*

Винпоцетин, гинкго билоба, гопантеновая кислота, деанола ацеглумат, зуклопентиксол, инстенон, мемантин, мемория, пирацетам, пирибедил, пиритинол, холина альфосцерат, церебролизин.

F03 *Деменция неуточненная*

Мемантин, пирацетам, пиритинол, церебролизин.

F07 *Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга*

Пирибедил.

F07.02 *Постконтузионный синдром*

Винпоцетин + пирацетам (винпотропил), винпоцетин, гопантеновая кислота, деанола ацеглумат, мексидол, пирацетам, сульпирид, фенотропил, церебролизин.

F10–F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ

F10 *Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя*

F10.2 *Хронический алкоголизм*

Баклофен, димеркапрол, лидевин, лития карбонат, налтрексон, пирацетам, сультоприд, тофизопам, фенотропил, хлорпромазин.

F10.3 *Абстинентное состояние*

Адеметионин, антиоксикапс с цинком, гидроксизин, деанола ацеглумат, диазепам, димеркапрол, карбамазепин, клометиазол, медазепам, мексидол, милдронат, пирацетам, пирлиндол, тиоридазин, тофизопам, флупентиксол, хлордиазепоксид, хлорпротиксен.

F10.4 *Абстинентное состояние с делирием*

Бетамакс, диазепам, клометиазол, клоназепам, сульпирид, тофизопам.

F11 *Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов*

Налтрексон.

F11.3 *Абстинентное состояние*

Тиоридазин, хлорпротиксен.

F13 *Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением снотворных или седативных средств*

Тразодон.

F17 *Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака*

Антиоксикапс с цинком, никоретте, табекс.

F20–F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F20 *Шизофрения*

Амисульприд, бенперидол, галоперидол, глутаминовая кислота, дроперидол, зипрасидон, зуклопентиксол, кветиапин, клозапин, левомепромазин, оланзапин, пантогам, перициазин, рисперидон, сульпирид, сультоприд, тиоридазин, трифлуоперазин, фенотропил, флупентиксол, флуфеназин, хлорпромазин, хлорпротиксен.

F21 *Шизотипическое расстройство*

Амитриптилин, бенперидол, галоперидол, глутаминовая кислота, дроперидол, зипрасидон, зуклопентиксол, кветиапин, клозапин, клопиксол, левомепромазин, оланзапин, перициазин, рисперидон, сульпирид, сультоприд, тиоридазин, трифлуоперазин, флупентиксол, флюфеназин, хлорпромазин, хлорпротиксен.

F22 *Хронические бредовые расстройства*

Амитриптилин, бенперидол, галоперидол, глутаминовая кислота, дроперидол, зуклопентиксол, кветиапин, клозапин, левомепромазин, оланзапин, перициазин, рисперидон, сульпирид, сультоприд, тиоридазин, трифлуоперазин, флупентиксол, флуфеназин, хлорпромазин, хлорпротиксен.

F23 *Острые и преходящие психотические расстройства*

Амисульприд, бенперидол, галоперидол, глутаминовая кислота, диазепам, дроперидол, зипрасидон, карбамазепин, кветиапин, клозапин, зуклопентиксол, левомепромазин, оланзапин, перициазин, рисперидон, сульпирид, сультоприд, тиоридазин, трифлуоперазин, флупентиксол, флуфеназин, хлорпромазин, хлорпротиксен.

F25 *Шизоаффективное расстройство*

Амисульприд, амитриптилин, диазепам, зипрасидон, зуклопентиксол, карбамазепин, левомепромазин, оланзапин, рисперидон, сульпирид, сультоприд, тиоридазин, трифлуоперазин, флупентиксол, флуфеназин, хлорпромазин, хлорпротиксен.

F29 *Неорганический психоз неуточненный*

Амисульприд, амитриптилин, бенперидол, галоперидол, глутаминовая кислота, диазепам, дроперидол, зипрасидон, зуклопентиксол, карбамазепин, клозапин, левомепромазин, оланзапин, пароксетин, перициазин, рисперидон, сульпирид, сультоприд, тиоридазин, трифлуоперазин, флупентиксол, хлорпромазин, хлорпротиксен.

F30–F39 Расстройства настроения (аффективные расстройства)

F30 *Маниакальный эпизод*

Зуклопентиксол, карбамазепин, клозапин, левомепромазин, лития карбонат, оланзапин, рисперидон, сультоприд, хлорпромазин, хлорпротиксен.

F31 *Биполярное аффективное расстройство*

Бенперидол, вальпроат натрия, венлафаксин, галоперидол, доксепин, зуклопентиксол, имипрамин, карбамазепин, клозапин, кломипрамин, ламотриджин, левомепромазин, лития карбонат, мапротилин, миансерин, милнаципран, моклобемид, оланзапин, пароксетин, пирлиндол, рисперидон, сертралин, сульпирид, сультоприд, тиоридазин, тофизопам, фенотропил, флувоксамин, флу-

оксетин, флупентиксол, церебролизин, циталопрам, хлорпромазин, хлорпротиксен, эсциталопрам.

F32 *Депрессивный эпизод*

Адеметионин, алпразолам, амитриптилин, венлафаксин, галоперидол, глутаминовая кислота, доксепин, имипрамин, карбамазепин, кломипрамин, мапротилин, милнаципран, миансерин, моклобемид, миртазапин, оксазепам, пароксетин, пирлиндол, тофизопам, сертралин, сульпирид, тиоридазин, трава зверобоя, тразодон, фенотропил, флувоксамин, флуоксетин, флюанксол, хлорпромазин, хлорпротиксен, церебролизин, циталопрам, эсциталопрам.

F32 *Рекуррентное депрессивное расстройство*

Адеметионин, алпразолам, амитриптилин, венлафаксин, галоперидол, глутаминовая кислота, доксепин, имипрамин, карбамазепин, кломипрамин, мапротилин, миансерин, милнаципран, миртазапин, моклобемид, оксазепам, пароксетин, сертралин, сульпирид, тиоридазин, трава зверобоя, тразодон, фенотропил, флувоксамин, флуоксетин, флупентиксол, хлорпромазин, хлорпротиксен, церебролизин, циталопрам, эсциталопрам.

F40–F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

F40 *Фобические тревожные расстройства*

Адеметионин, алпразолам, амитриптилин, венлафаксин, гидроксизин, диазепам, доксепин, имипрамин, карбамазепин, кломипрамин, мапротилин, милнаципран, пароксетин, пирлиндол, сертралин, сульпирид, тиоридазин, тофизопам, трава зверобоя, тразодон, фенобарбитал, фенотропил, флувоксамин, флуоксетин, флупентиксол, хлорпротиксен, церебролизин, эсциталопрам.

F41 *Другие тревожные расстройства*

Алпразолам.

F41.0 *Паническое расстройство* (*эпизодическая пароксизмальная тревожность*)

Алпразолам, имипрамин, кломипрамин, клоназепам, левомепромазин, пароксетин, сертралин, тиоридазин, циталопрам, эсциталопрам.

F41.1 *Генерализованное паническое расстройство*

Гидроксизин, диазепам, пароксетин, тиоридазин.

F41.2 *Смешанное тревожное и депрессивное расстройство*

Алпразолам, амитриптилин, венлафаксин, гидроксизин, диазепам, имипрамин, карбамазепин, кломипрамин, левомепромазин, лоразепам, мапротилин, милнаципран, пароксетин, пирлиндол, сертралин, сульпирид, тиоридазин, тофизопам, трава зверобоя, тразодон, фенотропил, флувоксамин, флуоксетин, флупентиксол, хлорпротиксен, церебролизин, эсциталопрам.

F42 *Обсессивно-компульсивное расстройство*

Имипрамин, кломипрамин, левомепромазин, пароксетин, сертралин, тиоридазин, флувоксамин, флуоксетин, циталопрам.

F43 *Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации*

Алпразолам, гелариум гиперикум, гидроксизин, гопантеновая кислота, диазепам, лоразепам, мапротилин, медазепам, мексидол, оксазепам, пароксетин, сертралин, тиоридазин, тофизопам, фенотропил, хлордиазепоксид, хлорпротиксен, эстазолам.

F45 *Соматоформные расстройства*

F45.3 *Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы*

Диазепам, кортексин, лоразепам, мапротилин, медазепам, мексидол, нотта, оксазепам, сульпирид, трава зверобоя, тиоридазин, трифлуоперазин, тофизопам, фенотропил, флупентиксол, хлордиазепоксид, хлорпротиксен, эстазолам.

F48 *Другие невротические расстройства*

F48.0 *Неврастения*

Алпразолам, винпотропил, гелариум гиперикум, гинкго билоба, гопантеновая кислота, деанола ацеглумат, доппельгерц виталотоник, кортексин, медазепам, мульти-табс актив, нотта, оксазепам, фенотропил, флупентиксол, хлордиазепоксид, эстазолам.

F50–F69 Поведенческие синдромы с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F50 *Расстройства приема пищи*

F50.2 *Нервная булимия*

Амитриптилин, флуоксетин.

F51 *Расстройства сна неорганической этиологии*

Глутаминовая кислота, диазепам, дормиплант, золпидем, зопиклон, клозапин, клометиазол, клоназепам, левомепромазин, мелатонин, нитразепам, нотта, оксазепам, трава зверобоя, фе-

нотропил, хлордиазепоксид, хлорпромазин, хлорпротиксен, эстазолам.

F52 *Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушениями или болезнями*

Нивалин.

F52.2 *Недостаточность генитальной реакции* (*импотенция психогенная*)

Силденафил, варденафил, тадалафил, тразодон.

F52.7 *Повышенное половое влечение*

Ципротерон.

F70–F79 Умственная отсталость

F79 *Умственная отсталость неуточненная*

Винкамин, галоперидол, глутаминовая кислота, гопантеновая кислота, зуклопентиксол, левомепромазин, минисем, нивалин, пиритинол, церебролизин.

F80–F89 Расстройства психологического развития

F81 *Расстройства учебных навыков*

Винкамин, глутаминовая кислота, гопантеновая кислота, кортексин, минисем, пирацетам, пиритинол, фенотропил, церебролизин.

F83 *Смешанные специфические расстройства психологического развития*

Глутаминовая кислота, кортексин, тиоридазин.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.1998 № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации»

С изменениями и дополнениями от 06.02.2004, 17.11.2004, 08.07.2006, 04.07.2007, 22.06.2009, 21.12.2009, 31.12.2009, 21.04.2010, 03.06.2010, 30.06.2010, 29.07.2010, 30.10.2010, 27.11.2010, 08.12.2010, 25.02.2011, 11.03.2011, 07.07.2011, 06.10.2011, 08.12.2011, 22.02.2012, 03.03.2012, 23.04.2012, 18.05.2012. 04.09.2012, 01.10.2012, 19.11.2012, 23.11.2012. 04.02.2013. 26.02.2013, 13.06.2013. 10.07.2013, 09.09.2013, 07.11.2013, 16.12.2013.

Список наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список I)

Постановлением Правительства РФ от 07.11.2013 № 998 в раздел «Наркотические средства» внесены изменения.

Наркотические средства

N-(адамантан-1-ил)-1-пентил-1H-индазол-3-карбоксамид и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 23.11.2012 № 1215)

N-(адамантан-1-ил)-1-пентил-1H-индол-3-карбоксамид и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 23.11.2012 № 1215)

3-Адамантоилиндол [(Адамантан-1-ил)(1H-индол-3-ил) метанон] и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

Аллилпродин
Альфамепродин
Альфаметадол
Альфа-метилфентанил
Альфа-метилтиофентанил
Альфапродин
Альфацетилметадол

2-Амино-1-бензо[1,2-b:4,5-b']дифуран-4-илэтан и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

2-Аминоиндан и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

АМТ (альфа-метилтриптамин) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 18.05.2012 № 491)

Анилэридин
Ацетил-альфаметилфентанил
Ацетилдигидрокодеин
Ацетилированный опий
Ацетилкодеин
Ацетилметадол

Ацетилфентанил (введено Постановлением Правительства РФ от 23.11.2012 № 1215)

7-Ацетоксимитрагинин (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

Ацеторфин
БДБ [L-(3,4-метилендиоксифенил)-2-бутанамин]
Безитрамид
Бензетидин
Бензилморфин

1-бензилпирролидин-3-ил-амид 5-хлоро-3-этил-1Н-индол-2-карбоновой кислоты (Org 29647) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоя-

тельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 10.07.2013 № 580)

N-(бензо[1,3]диоксол-5-илметил)-7-метокси-2-оксо-8-пентилокси-1,2-дигидрохинолин-3-карбоксамид и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 07.11.2013 № 998)

3-Бензоилиндол [(1H-индол-3-ил)фенилметанон] и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

Бета-гидрокси-3-метилфентанил

Бета-гидроксифентанил

Бетамепродин

Бетаметадол

Бетапродин

Бетацетилметадол

Броламфетамин (ДОБ, d,L-4-бромо-2,5-диметокси-альфа-метилфенетиламин) (введено Постановлением Правительства РФ от 30.06.2010 № 486)

3-Бутаноил-1-метилиндол [1-(1-метил-1H-индол-3-ил)бутан-1-он] и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 22.02.2012 № 144)

(1-Бутил-1H-индол-3-ил)(нафталин-1-ил)метанон (JWH-073) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

Гашиш (анаша, смола каннабиса)

Героин (диацетилморфин)

Гидрокодон

2-(1R,2R,5R)-5-гидрокси-2-(3-гидроксипропил)циклогексил-5-(2-метилоктан-2-ил)фенол (CP-55,940) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства от 10.07.2013 № 580)

4-Гидрокситриптамин и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

5-Гидрокси-N-метилтриптамин и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

N-гидрокси-МДА

7-Гидроксимитрагинин (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

Гидроксипетидин (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

2-[(1R,3S)-3-Гидроксициклогексил]-5-(2-метилоктан-2-ил) фенол (CP 47,497) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

2-[(1R,3S)-3-Гидроксициклогексил]-5-(2-метилгептан-2-ил) фенол (CP 47,497)-C6) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

2-[(1R,3S)-3-Гидроксициклогексил]-5-(2-метилдекан-2-ил) фенол (CP 47,497)-C9) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

2-[(1R,3S)-3-Гидроксициклогексил]-5-(2-метилнонан-2-ил) фенол (CP 47,497)-C8) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

Гидроморфинол

6-дезоксикодеин (введено Постановлением Правительства РФ от 07.07.2011 № 540)

Дезоморфин

Диампромид

Диацетилморфин (героин)

Дигидроморфин

Дименоксадол

2-(4-диметиламинофенил)-этиламид-3-этил-5-фторо-1H-индол-2-карбоновой кислоты (Org 27759) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства от 10.07.2013 № 580)

N-Диметиламфетамин

Диметокаин [(3-диэтиламино-2,2-диметилпропил)-4-аминобензоат] (введено Постановлением Правительства РФ от 22.02.2012 № 144)

2,5-Диметоксифенэтиламин и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

Димепгептанол

Диметилтиамбутен

(6aR, 10aR)-9-(Гидроксиметил)-6,6-диметил-3-(2-метилоктан-2-ил)-6а, 7, 10, 10а-тетрагидробензо[c]хромен-1-ол (HU-210) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

2C-T-7 (2,5-диметокси-4-N-пропилтиофенэтиламин) (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Диоксафетил бутират

Дипипанон

Дифеноксин

3,4-дихлоро-N-[(1-диметиламино)циклогексилметил]бензамид и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 07.11.2013 № 998)

Диэтилтиамбутен

ДМА (d,L-2,5-диметокси-альфа-метил-фенил-этиламин)

ДМГП (диметилгептилпиран)

ДМТ (диметилтриптамин) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень

ДОХ (d,L-2,5-диметокси-4-хлор-амфетамин)

ДОЭТ (d,L-2,5-диметокси-4-этил-амфетамин)

Дротебанол

ДЭТ (N,N-диэтилтриптамин)

Изометадон

2-(1Н-индол-5-ил)-1-метилэтиламин и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 007.11.2013 № 998)

Каннабис (марихуана)

3'-карбамоил-бифенил-3-ил-ундецинкарбамат и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 07.11.2013 № 998)

N-(1-карбамоил-2-метилпропил)-1-пентил-1Н-индазол-3-карбоксамид и его производные (введено Постановлением Правительства РФ от 09.09.2013 № 788)

N-(1-карбамоил-2-метилпропил)-1-пентил-1Н-индол-3-карбоксамид и его производные (введено Постановлением Правительства РФ от 09.09.2013 № 788)

N-(1-карбамоил-2-метилпропил)-1-(фенилметил)-1Н-индазол-3-карбоксами д и его производные (введено Постановлением Правительства РФ от 09.09.2013 № 788)

N-(1-карбамоил-2-метилпропил)-1-(фенилметил)-1Н-индол-3-карбоксамид и его производные (введено Постановлением Правительства РФ от 09.09.2013 № 788)

Кетобемидон

Клонитазен

Кодоксим

Кустарно изготовленные препараты из эфедрина (псевдоэфедрина) или из препаратов, содержащих эфедрин (псевдоэфедрин)

Кустарно изготовленные препараты из фенилпропаноламина или из препаратов, содержащих фенилпропаноламин (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Левометорфан

Левоморамид

Леворфанол (леморан)

Левофенацилморфан

d-Лизергид (ЛСД, ЛСД-25)

Лист кока

Решением Верховного Суда РФ от 16.01.2014 № АКПИ13-1137 настоящий Список признан не противоречащим действующему законодательству в части включения в него маковой соломы как наркотического средства.

Маковая солома

Масло каннабиса (гашишное масло)

МБДБ [N-Метил-1-(3,4-метилендиоксифенил)-2-бутанамин]

МДА (тенамфетамин)

МДМА (d,L-3,4-метилендиокси-N-альфа-диметил-фенил-этиламин)

Мезембрин [3а-(3,4-диметоксифенил)-1-метилгексагидро-1Н-индол-6(2Н)-он] (введено Постановлением Правительства РФ от 09.09.2013 № 788)

3-Моноацетилморфин

6-Моноацетилморфин

Мескалин и его производные

Метадон (фенадон, долофин)

Метадона промежуточный продукт (4-циано-2-диметил-амино4,4-дифенилбутан)

Метазоцин

Метамфетамин (первитин)

Метилдезорфин

Метилдигидроморфин

Метилендиоксипировалерон (введено Постановлением Правительства РФ от 25.02.2011 № 112)

6-метил-2-[(4-метилфенил)амино]-4Н-3,1-бензоксазин-4-он (введено Постановлением Правительства РФ от 23.11.2012 № 1215)

Метилон (3,4-метилендиокси-N-метилкатинон) (введено Постановлением Правительства РФ от 29.07.2010 № 578)

2-Метил-1-пентил-1Н-индол-3-ил-(1-нафтил)метан (JWH-196) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

2-Метил-1-пентил-1Н-индол-3-ил-(4-метил-1-нафтил)метан (JWH-194) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

2-Метил-1-пентил-1Н-индол-3-ил-(4-метокси-1-нафтил)метан (JWH-197) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(2-Метил-1-пентил-1Н-индол-3-ил)(нафталин-1-ил)метанон (JWH-007) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(4-Метилнафталин-1-ил)(2-метил-1-пентил-1Н-индо-3-ил)метанон (JWH-149) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(2-Метил-1-пентил-1Н-индол-3-ил)(4-метоксинафталин-1-ил)метанон (JWH-098) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

3-метилтиофентанил

3-метилфентанил

N-метилэфедрон и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень

Метоксетамин [2-(3-метоксифенил)-2-(этиламино)циклогексанон] и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень

(введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

N-[3-(2-метоксиэтил)-4,5-диметил-1,3-тиазол-2-илиден]-2,2,3,3-тетрам етилциклопропан-1-карбоксамид (введено Постановлением Правительства РФ от 23.11.2012 № 1215)

Метопон

Мефедрон (4-метилметкатинон) (введено Постановлением Правительства РФ от 29.07.2010 № 578)

Мирофин

Митрагинин (9-метокси-коринантеидин) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

Млечный сок разных видов мака, не являющихся маком снотворным (растение вида *Papaver somniferum L.*), но содержащих алкалоиды мака, включенные в списки наркотических средств и психотропных веществ

ММДА (2-метокси-альфа-4-метил 4, 5-(метилендиокси)-фенетиламин)

Морамида, промежуточный продукт (2-метил-3-морфолин-1-дифенил-пропан-карбоновая кислота)

Морферидин

Морфин метилбромид

Морфин-N-окись

(1-[2-(4-Морфолино)этил]-1-Н-индол-3-ил)(нафталин-1-ил)метан (JWH-195) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(4-Метилнафталин-1-ил)(1-[2-(4-морфолино)этил]-1Н-индол-3-ил)метан (JWH-192) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(4-Метокси-1-нафтил)(1-[2-(4-морфолино)этил]-1Н-индол-3-ил)метан (JWH-199) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных по-

зиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(1-[2-(4-Морфолино)этил]-1Н-индол-3-ил)(нафталин-1-ил) метанон (JWH-200) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(4-Метилнафталин-1-ил)(1-[2-(4-морфолино)этил]-1Н-индол-3-ил)метанон (JWH-193)и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(4-Метокси-1-нафтил)(1-[2-(4-морфолино)этил]-1Н-индол-3-ил)метанон (JWH-198)и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

МППП [МФПП (1-метил-4-фенил-4-пиперидинол пропионат (эфир)]

N-(нафталин-1-ил)-1Н-индол-3-карбоксамид и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 10.07.2013 № 580)

(E)-1-[1-(Нафталин-1-илметилиден)-1Н-инден-3-ил]пентан (JWH-176) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(Нафталин-1-ил)(1Н-пиррол-3-ил)метанон и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

(Нафталин-1-ил)(4-пентилоксинафталин-1-ил)метанон и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 18.05.2012 № 491)

N-Нафтил-1-пентил-1H-индазол-3-карбоксамид и его производные (введено Постановлением Правительства РФ от 09.09.2013 № 788)

3-Нафтоилиндол [(1H-индол-3-ил)(нафталин-1-ил)метанон] и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

Никодикодин

Никокодин

Никоморфин

Норациметадол

Норкодеин

Норлеворфанол

Норметадон

Норморфин

Норпипанон

Оксиморфон

Опий — свернувшийся сок мака снотворного (растение вида *Papaver somniferum L.*)

Орипавин

Пара-флуорофентанил (пара-фторфентанил)

Парагексил (4-Метилнафталин-1-ил)(1-пентил-1H-индол-3-ил)метанон (JWH-122) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(4-Метоксинафталин-1-ил)(1-пентил-1H-индол-3-ил)метанон (JWH-081) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(Нафталин-1-ил)(1-пентил-1H-индол-3-ил)метанон (JWH-018) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(1-Пентил-1H-индазол-3-ил)(пиперазин-1-ил)метанон и его производные (введено Постановлением Правительства РФ от 09.09.2013 № 788)

1-Пентил-1Н-индол-3-ил-(1-нафтил)метан (JWH-175) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

1-Пентил-1Н-индол-3-ил-(4-метил-1-нафтил)метан (JWH-184) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

1-Пентил-1Н-индол-3-ил-(4-метокси-1-нафтил)метан (JWH-185) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

(1-Пентил-1Н-индол-3-ил)(пиперазин-1-ил)метанон и его производные (введено Постановлением Правительства РФ от 09.09.2013 № 788)

ПЕПАП (L-фенэтил-4-фенил-4-пиперидинол ацетат (эфир)

Петидин

Петидин, промежуточный продукт А (4-циано-1-метил-4-фенилпиперидин)

Петидин, промежуточный продукт В (этиловый эфир-4-фенилпиперидин-4-карбоновой кислоты) (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Петидин, промежуточный продукт С (1-метил-4-фенилпиперидин-4-карбоновой кислоты) (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Пиминодин

(Пиперидин-2-ил)дифенилметан и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

2-(4-пиперидин-1-ил-фенил)-этиламид-5-хлоро-3-этил-1Н-индол-2-карбоновой кислоты (Org 27569) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 10.07.2013 № 580)

(Пирролидин-2-ил)дифенилметан и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

2-(пирролидин-1-ил)-1-(тиофен-2-ил)пентан-1-он и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 07.11.2013 № 998)

ПМА (4-метокси-альфа-метилфенил-этиламин)

Прогептазин

Псилоцибин

Псилоцин

Рацеметорфан

Рацеморамид

Рацеморфан

Ролициклидин

Сальвинорин А (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

2С-В (4-бром-2,5-диметоксифенетиламин)

СТП (ДОМ) [2-амино-1-(2,5-диметокси-4-метил) фенилпропан]

Тебакон (ацетилдигидрокодеинон)

Теноциклидин (ТЦП)

Тетрагидроканнабинол (все изомеры)

2-Тиофен-2-илэтиламин и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

Тиофентанил

ТМА (d, L-3,4,5-триметокси-альфа-метилфенил-амин)

TFMPP (1-(3-трифлюорометилфенил) пиперазин) (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Фенадоксон

Феназоцин

Фенампромид

Фенатин

1-Фенилпиперазин и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

1-Фенилциклогексиламин и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 06.10.2011 № 822)

Фенилацетилиндол [1-(1Н-индол-3-ил)-2-фенилэтанон] и его производные, за исключениемпроизводных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 07.07.2011 № 540)

Фенциклидин

Феноморфан

Феноперидин

Фенфлурамин (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Фолькодин

Фуретидин

Хелиамин (6,7-диметокси-1,2,3,4-тетрагидроизохинолин) (введено Постановлением Правительства РФ от 09.09.2013 № 788)

Хинолин-8-ил-1-пентил-1Н-индол-3-карбоксилат и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства от 10.07.2013 № 580)

Хлорфенилпиперазин (введено Постановлением Правительства РФ от 30.06.2010 № 486)

1-циклогексил-4-(1,2-дифенилэтил)пиперазин и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 07.11.2013 № 998)

Экгонин, его сложные эфиры и производные, которые могут быть превращены в экгонин и кокаин

Экстракт маковой соломы (концентрат маковой соломы)

N-ЭТИЛ-МДА (d,L-N-этил-альфа-метил-3,4-(метилендиокси) — фенетиламил)

Этилметилтиамбутен

1-Этил-1-пентил-3-(1-нафтоил)индол (JWH-116) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1186)

Этициклидин

Этоксеридин

Этонитазен

Эторфин

Этриптамин

Эфедрон (меткатинон) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень

Психотропные вещества

Амфетамин и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень

Катин (d-норпсевдоэфедрин)

Катинон (L-альфа-аминопропиофенон) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень

Меклоквалон

Метаквалон

4-метиламинорекс

Метилфенидат (риталин)

Фенетиллин (введено Постановлением Правительства РФ от 30.06.2010 № 486)

1-Фенил-2-пропанон (введено Постановлением Правительства РФ от 21.04.2010 № 255)

Постановлением Правительства РФ от 10.07.2013 № 580 в раздел «Прекурсоры» внесены изменения. См. текст раздела в предыдущей редакции.

Прекурсоры (введен Постановлением Правительства России от 01.10.2012 № 1003)

Альфа-ацетилфенилацетонитрил в концентрации 10 процентов или более (введено Постановлением Правительства РФ от 10.07.2013 № 580)

Изосафрол в концентрации 15 процентов или более

Лизергиновая кислота и ее производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень

3,4-метилендиоксифенил-2-пропанон в концентрации 15 процентов или более

Сафрол, в том числе в виде сассафрасового масла, в концентрации 15 процентов или более

Изомеры, в том числе стереоизомеры (если таковые определенно не исключены) наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в этом списке, в тех случаях, когда существование таких изомеров, в том числе стереоизомеров, возможно в рамках данного химического обозначения

Эфиры сложные и простые наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в данном списке

Соли всех наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, перечисленных в данном списке, если существование таких солей возможно

Все смеси, в состав которых входят наркотические средства и психотропные вещества данного списка, независимо от их количества

Постановлением Правительства РФ от 11.03.2011 № 158 в список II внесены изменения.

Решением Верховного Суда РФ от 09.08.2001 № ГКПИ01-1146, 1149, оставленным без изменения Определением Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 04.10.2001 № КАС01-351, настоящее постановление в части включения в список наркотических средств Амфетамина (Фенамина) признано не противоречащим действующему законодательству.

Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список II)

Постановлением Правительства РФ от 16.12.2013 № 1159 в раздел «Наркотические средства» внесены изменения.

Наркотические средства

p-Аминопропиофенон (PAPP) и его оптические изомеры (антидот против цианидов)

Альфентанил

BZP (N-бензилпиперазин) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Бупренорфин

Гидроморфон (введено Постановлением Правительства РФ от 11.03.2011 № 158)

Глютетимид (ноксирон)

Декстроморамид

Декстропропоксифен (ибупроксирон, проксивон, спазмопроксивон)

Дигидрокодеин

Дигидроэторфин (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Дифеноксилат

Карфентанил (введено Постановлением Правительства РФ от 13.06.2013 № 496)

Кодеин

Кокаин

Кодеин N-окись

4-MTA (альфа-метил-4-метилтиофенетиламин) (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Морфин

Морфилонг

Оксикодон (текодин) (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Омнопон

Пентазоцин

Проперидин

Пропирам

Просидол

Пиритрамид (дипидолор)

Ремифентанил (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Сомбревин

Суфентанил

Тебаин

Тилидин

Тримеперидин (промедол)

Тропакокаин и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень (введено Постановлением Правительства РФ от 10.07.2013 № 580)

Фентанил

Этилморфин

Эскодол

Постановлением Правительства РФ от 18.05.2012 № 491 в раздел «Психотропные вещества» внесены изменения.

Психотропные вещества

Амобарбитал (барбамил)

Амфепрамон (фепранон, диэтилпропион) и его производные, за исключением производных, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень

Кетамин

Модафинил [((дифенилметил)сульфинил)ацетамид] (введено Постановлением Правительства РФ от 18.05.2012 № 491)

Фенметразин

Фентермин

Этаминал натрия (пентобарбитал)

Хальцион (триазолам)

Изомеры (если таковые определенно не исключены) наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в этом списке, в тех случаях, когда существование таких изомеров возможно в рамках данного химического обозначения (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Стереоизомеры (если таковые определенно не исключены) наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в этом списке, в тех случаях, когда существование

таких стереоизомеров возможно в рамках данного химического обозначения (введено Постановлением Правительства РФ от 08.07.2006 № 421)

Соли всех наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в данном списке, если существование таких солей возможно

Постановлением Правительства РФ от 16.12.2013 № 1159 в список III внесены изменения.

Список психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список III)

Аллобарбитал

Алпразолам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Аминептин

Аминорекс

Апрофен

Барбитал (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Бензфетамин

Бромазепам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Бротизолам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Буталбитал

Бутобарбитал

Буторфанол (введено Постановлением Правительства РФ от 30.06.2010 № 486)

Винилбитал

Галазепам

Галоксазолам

Гаммабутиролактон (введено Постановлением Правительства РФ от 22.02.2012 № 144)

4-гидроксибутират натрия и другие соли оксимасляной кислоты (введено Постановлением Правительства РФ от 08.12.2010 № 990)

Декстрометорфан

Делоразепам

Диазепам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Золпидем (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Камазепам

Кетазолам

Клобазам

Клоксазолам

Клоназепам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Клоразепат

Клотиазепам

Левамфетамин

Лефетамин

Лопразолам

Лоразепам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Лорметазепам

Мазиндол

Медазепам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Мезокарб (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 3 № 78)

Мепробамат (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Метилфенобарбитал

Метилприлон

Мефенорекс

Мидазолам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Налбуфин [(5-альфа, 6-альфа)-17-(циклобутилметил)-4,5-эпоксиморфинан -3,6,14-триол] (введено Постановлением Правительства РФ от 23.04.2012 № 359)

Ниметазепам

Нитразепам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Нордазепам

Оксазепам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Оксазолам

Оксимасляная кислота (введено Постановлением Правительства РФ от 08.12.2010 № 990)

Пемолин

Пиназепам

Пипрадрол

Пировалерон

Празепам

Секбутабарбитал

Секобарбитал

Темазепам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Тетразепам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Тианептин (введено Постановлением Правительства РФ от 30.06.2010 № 486)

Тарен

Фендиметразин

Фенкамфамин

Фенобарбитал (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Фенпропорекс

Флудиазепам

Флунитразепам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Флуразепам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Хлордиазепоксид (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Циклобарбитал

Ципепрол

Эстазолам (введено Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 № 78)

Этил лофлазепат

Этиламфетамин

Этинамат

Этхлорвинол

Соли веществ, перечисленных в данном списке, если существование таких солей возможно

Постановлением Правительства РФ от 03.06.2010 № 398 список IV изложен в новой редакции, вступающей в силу с 22.06.2010.

Список прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список IV)

Постановлением Правительства РФ от 18.05.2012 № 491 в таблицу I внесены изменения.

Таблица I прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются особые меры контроля*

Наименование ч	Концентрация
Ангидрид уксусной кислоты	10 процентов или более
1-(4-метилфенил)-2-пропанон (введено Постановлением Правительства РФ от 18.05.2012 № 491)	10 процентов или более
N-метилэфедрин	10 процентов или более
Норпсевдоэфедрин, исключая d-норпсевдоэфедрин (катин)	10 процентов или более
Псевдоэфедрин	10 процентов или более
Фенилпропаноламин (норэфедрин)	10 процентов или более
Эргометрин (эргоновин)	10 процентов или более
Эрготамин	10 процентов или более
Эфедрин	10 процентов или более

* Включая соли перечисленных веществ, если существование таких солей возможно.

Постановлением Правительства РФ от 26.02.2013 № 157 в раздел «Наркотические средства» внесены изменения.

Таблица II прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются общие меры контроля*

Наименование	Концентрация
Аллилбензол	15 процентов или более
Антраниловая кислота	15 процентов или более
N-ацетилантраниловая кислота	15 процентов или более
Бензальдегид	15 процентов или более
1-бензил-3-метил-4-пиперидинон	15 процентов или более
Бромистый этил	15 процентов или более
1-бром- 2-фенилэтан	15 процентов или более
Бутиролактон и его изомеры, за исключением изомеров, включенных в качестве самостоятельных позиций в перечень	15 процентов или более
1,4-бутандиол	15 процентов или более
1-гидрокси-1-метил-2-фенилэтоксисульфат	15 процентов или более
1-диметиламино-2-пропанол	15 процентов или более
1-диметиламино-2-хлорпропан	15 процентов или более
2,5-диметоксибензальдегид	15 процентов или более
Метилакрилат	15 процентов или более
Метилметакрилат	15 процентов или более
3-метил-1-фенетил-4-пиперидинон	15 процентов или более
1-(4-метилфенил)-2-нитропропен (введено Постановлением Правительства РФ от 18.05.2012 № 491)	15 процентов или более
N-(3-метил-4-пиперидинил) анилин	15 процентов или более
N-(3-метил-4-пиперидинил) пропионанилид	15 процентов или более
Пиперидин	15 процентов или более
Пиперональ	15 процентов или более
4-метоксибензилметилкетон	15 процентов или более
1-фенил-2-нитропропен	15 процентов или более
Фенилуксусная кислота	15 процентов или более
Фенэтиламин	15 процентов или более
1-(2-фенилэтил)-4-анилинопиперидин	15 процентов или более
2-(1-фенилэтил)-3-метоксикарбонил-4-пиперидон	15 процентов или более
1-хлор-2-фенилэтан	15 процентов или более
1-(1-циклогексен-1-ил)пиперидин (введено Постановлением Правительства РФ от 22.02.2012 № 144)	15 процентов или более
Циклогексиламин	15 процентов или более

* Включая соли перечисленных веществ, если существование таких солей возможно.

Постановлением Правительства РФ от 07.07.2011 № 547 в таблицу III внесены изменения.

*Таблица III прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля**

Наименование	Концентрация
Ацетилхлорид	40 процентов или более
Ацетон (2-пропанон)	60 процентов или более
Ацетонитрил	15 процентов или более
Бензилхлорид	40 процентов или более
Бензилцианид	40 процентов или более
2-диметиламино-1-хлорпропан (введено Постановлением Правительства РФ от 07.07.2011 № 547)	3 процента или более
(2-диэтиламиноизопропилхлорид) Дифенилацетонитрил (введено Постановлением Правительства РФ от 07.07.2011 № 547)	3 процента или более
Диэтиловый эфир (этиловый эфир, серный эфир)	45 процентов или более
Метиламин	40 процентов или более
Метилэтилкетон (2-бутанон)	80 процентов или более
Нитрометан	40 процентов или более
Нитроэтан	40 процентов или более
Перманганат калия	45 процентов или более
Серная кислота	45 процентов или более
Соляная кислота	15 процентов или более
Тетрагидрофуран	45 процентов или более
Тионилхлорид	40 процентов или более
Толуол	70 процентов или более
Уксусная кислота	80 процентов или более

* Включая соли перечисленных в таблице веществ, если существование таких солей возможно, исключая соли серной, соляной и уксусной кислот.

Постановлением Правительства РФ от 03.06.2010 № 398 в Примечания внесены изменения, вступающие в силу с 22.07.2010.

Примечания

1. Отнесение вещества к соответствующему наркотическому средству, психотропному веществу или их прекурсору, внесенному в настоящий перечень, не зависит от того, какие фирменные (торговые) наименования, синонимы или аббревиатуры используются в качестве его наименования.

Постановлением Правительства РФ от 16.12.2013 № 1159 в пункт 2 внесены изменения.

2. Контроль распространяется на препараты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества, указанные в настоящем перечне, независимо от их количества и наличия нейтральных компонентов (вода, крахмал, сахар, глюкоза, тальк и т.п.).

3. Препарат, содержащий несколько прекурсоров, внесенных в таблицы списка IV настоящего перечня, контролируется как содержащийся в нем прекурсор, предусмотренный таблицей списка IV настоящего перечня, имеющей наименьший порядковый номер.

4. Смеси, содержащие несколько перечисленных в таблице III списка IV веществ, подлежат контролю, если их суммарная концентрация равна или превышает концентрацию, установленную для одного из веществ, величина которой в таблице имеет наибольшее значение.

5. Концентрация веществ, указанных в списке IV настоящего перечня, определяется исходя из массовой доли вещества в составе смеси (раствора).

Постановлением Правительства РФ от 19.11.2012 № 1178 Примечания дополнены пунктом 6.

6. Производные наркотических средств и психотропных веществ являются веществами синтетического или естественного происхождения, которые не включены самостоятельными позициями в государственный реестр лекарственных средств или в настоящий перечень, химическая структура которых образована заменой (формальным замещением) одного или нескольких атомов водорода, галогенов и/или гидроксильных групп в химической структуре соответствующего наркотического средства или психотропного вещества на иные одновалентные и/или двухвалентные атомы или заместители (за исключением гидроксильной и карбоксильной групп), суммарное количество атомов углерода в которых не должно превышать количество атомов углерода в исходной химической структуре соответствующего наркотического средства или психотропного вещества.

В случае если одно и то же вещество может быть отнесено к производным нескольких наркотических средств или психотропных веществ, оно признается производным наркотического средства или психотропного вещества, изменение химической структуры которого требует введения наименьшего количества заместителей и атомов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Перечень
препаратов, оборот которых в Российской Федерации ограничен согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 04.02.2013 № 78

Алпразолам
Барбитал натрия
Бромазепам
Бротизолам
Диазепам
Клоназепам
Лоразепам
Медазепам
Мезокарб
Мепробамат
Мидазолам
Нитразепам
Оксазепам
Темазепам
Тетразепам
Фенобарбитал
Флунитрозепам
Флуразепам
Хлордиазепоксид
Эстазолам

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Т

У

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 1993. — 399 с.
2. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 707 с.
3. *Александровский Ю.А.* Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства (этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия). — М.: Издательство Литтерра, 2010. — 264 с.
4. *Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А.* Психиатрия и наркология: Учебник для вузов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 832 с.
5. *Жариков Н.М., Котов В.П., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф.* Судебная психиатрия: Учебник для вузов. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Норма, 2009. — 624 с.
6. *Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф.* Судебная психиатрия: Словарь-справочник. — М.: Норма, 2000. — 267 с.
7. *Жариков Н.М., Сарсембаев К.Т., Лебедев М.А.* Неврозы (предболезнь, динамика, исходы) / Под ред. Н.М. Жарикова. — М.: Медицина; Изд-во «Шико», 2007. — 195 с.
8. *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 2000. — 544 с.
9. *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия: Учебник. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицинское информационное агентство, 2009. — 829 с.
10. *Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф.* Психиатрия: Учебник для вузов. — М.: Медицина, 1989. — 493 с.
11. *Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф., Сарсембаев К.Т.* Психиатрия: Учебник. — Алматы: Эверо, 2010. — 624 с.

12. Клиническое руководство: Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под общей ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича. — М., 2000. — 224 с. — (Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия»).
13. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1979. — 607 с.
14. *Краснов В.Н.* Расстройства аффективного спектра. — М.: Практическая медицина. — 432 с.
15. *Лаукс Г., Меллер Х.-Ю.* Психиатрия и психотерапия: Справочник: Пер. с нем. / Под общей ред. П.И. Сидорова. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — 512 с.
16. *Личко А.Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — 2-е изд., доп. и перераб. — Л.: Медицина, 1985. — 415 с.
17. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Десятый пересмотр. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995. — С. 313–392.
18. *Мосолов С.Н.* Биологические методы терапии психических расстройств. Доказательная медицина в клинической практике. — М.: Изд-во «Социально-политическая мысль», 2012. — 1080 с.
19. Наркология. Национальное руководство / Под общей ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 720 с.
20. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. — М.: Медпрактика-М, 2007. — 260 с.
21. Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера; Пер. с англ. М.В. Пащенкова, при участии Д.Ю. Вельтищева. — М.: Практика, 1998. — 489 с.
22. Психиатрия: национальное руководство. Краткое издание / Под общей ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова, А.Ю. Александровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 622 с.
23. Психические расстройства в клинической практике / Под ред. А.Б. Смулевича. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 719 с.
24. Психотерапия: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2007. — 672 с.
25. Психофармакологические и противоэпилептические препараты, разрешенные в России / Под ред. С.Н. Мосолова.— 2-е изд., испр. и доп. — М.: Изд-во «Бином», 2004. — 304 с.
26. Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — 2-е изд., испр., доп. и расширенное. — М.: Мединское информационное агентство, 2008. — 944 с.
27. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — 480 с., Т. 2. — 544 с.
28. Руководство по психиатрии / Под. ред. Г.В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. — Т. 1. — 640 с., Т. 2. —640 с.

29. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. —Т. 1. — 712 с., Т. 2. — 784 с.
30. Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. — М.: Медицина, 2005. — 592 с.
31. *Семке В.Я., Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д.* Персонология и психотерапия: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2009. — 516 с.
32. *Сидоров И.И., Басова А.Я.* Бредовая деперсонализация. — М.: Цифровичок, 2009. — 192 с.
33. *Смулевич А.Б.* Психопатология личности и коморбидные расстройства. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 208 с.
34. *Смулевич А.Б.* Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. — М.: Медицинское информационное агентство, 2012. — 336 с.
35. *Смулевич А.Б., Сыркин А.Л.* Психокардиология. — М.: Медицинское информационное агентство, 2005. — 778 с.
36. Справочник по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1985. — 416 с.
37. *Хритинин Д.Ф.* Лекции по психиатрии. — М.: Медицина, 2011. — 160 с.
38. *Хритинин Д.Ф., Некрасов М.А.* Психиатрия: Учебное пособие. — М.: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2013. — 422 с.
39. *Хритинин Д.Ф., Шамов С.А., Цыганков Б.Д., Сметанников В.П.* Ксенонотерапия опийной и алкогольной зависимости. — 2-е изд. — М.: ПД «Куранты», 2008. — 192 с.
40. *Цыганков Б.Д., Овсянников С.А.* Психиатрия. Основы клинической психопатологии: Учебник для вузов. — М.: Медицина, 2007. — 335 с.
41. *Цыганков Б.Д., Овсянников С.А.* Психиатрия: Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 495 с.
42. *Чуркин А.А., Мартюшов А.Н.* Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. — М.: Изд-во «Триада-Х», 2000. — 232 с.
43. *Чуркин А.А., Мартюшов А.Н.* Практическое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. — М.: Изд-во ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2004. — 140 с.
44. *Швацберг А.Ф., Коул Д.О., ДеБаттиста Ч.* Руководство по клинической психофармакологии: Пер. с англ. / Под общей ред. А.Б. Смулевича, С.В. Иванова. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 607 с.
45. Энциклопедия психиатрии: Руководство для практикующих врачей / Под. общей ред. Ю.А. Александровского., Г.В. Вышковского. — М.: ООО «РСЛ», 2003. — 543 с.

Для заметок

Для заметок

Для заметок

Для заметок

Научное издание

Жариков Николай Михайлович
Хритинин Дмитрий Федорович
Лебедев Михаил Александрович

Справочник по психиатрии

Главный редактор *А.С. Петров*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 77.99.60.953.Д.000945.01.10 от 21.01.2010 г.

Подписано в печать 16.04.2014. Формат 60 × 90/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура «Petersburg».
Объем 27,5 печ. л. Тираж 2000 экз. Заказ № .

ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство»
119048, Москва, ул. Усачева, д. 62, стр. 1, оф. 6
Тел./факс: (499) 245-45-55
e-mail: miapubl@mail.ru; http://www.medagency.ru
Интернет-магазин: www.medkniga.ru

Книга почтой на Украине: а/я 4539, г. Винница, 21037
E-mail: maxbooks@svitonline.com
Телефоны: +380688347389, 8 (0432) 660510

Отпечатано в ОАО «Тверской полиграфический комбинат»
170024, г. Тверь, проспект Ленина, д. 5

ISBN 978-5-9986-0182-8

